الكتاب الثامن
سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر
رئيس التحرير / أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس الإكلينيكي



سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر

القلق والاسترخاء العضلي

المفاهيم والنظريات والعلاج

تأليف
د. أمثال هادي الحويله
قسم علم النفس
كلية العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت

مراجعة وتقديم
أ.د. أحمد عبد الخالق



إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
٢٠٠٩

القلق والاسترخـاء العضلي

المفاهيم والنظريات والعلاج

تأليف

د. أمثال هادى الحويله

قسم علم النفس

كلية العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت

٢٠١٠

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر

إعداد/ الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

الحويلة، امثال هادي.

القلق والاسترخاء العضلي: المفاهيم والنظريات والعلاج / تأليف: امثال هادي الحويلة – القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع، ٢٠١٠

ط١

٢٠٤ص؛ ١٧×٢٤سم

تدمك ٢ ١٨٢ ٣٨٣ ٩٧٧ ٩٧٨

١- القلق العصبي – الجوانب الصحية

٢- التوتر العصبي

٣- الاسترخاء

أ- العنوان

٦١٤,٥٩٨٥٢٣

اسم الكتاب: القلق والاسترخاء العضلي – المفاهيم والنظريات والعلاج

اسم المؤلف: د./ امثال هادي الحويلة

رقم الطبعة: الأولى

السنة: ٢٠١٠

رقم الإيداع: ٢٠٠٩/١٦٠٦٠

الترقيم الدولي: ٢-١٨٢-٣٨٣-٩٧٧-٩٧٨

اسم الناشر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

العنوان: ١٢ش حسين كامل سليم – ألماظة – مصر الجديدة

المحافظة: القاهرة

التليفون: ٢٤١٧٧٧٤٩

اسم المطبعة: الدار الهندسية

العنوان: زهراء المعادي – المنطقة الصناعية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

﴿ هُوَ ٱلَّذِىٓ أَنزَلَ ٱلسَّكِينَةَ فِى قُلُوبِ ٱلْمُؤْمِنِينَ
لِيَزْدَادُوٓا۟ إِيمَٰنًا مَّعَ إِيمَٰنِهِمْ ۗ وَلِلَّهِ جُنُودُ
ٱلسَّمَٰوَٰتِ وَٱلْأَرْضِ ۚ وَكَانَ ٱللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا ﴾

صدق الله العظيم

سورة الفتح آية (٤)

إهـداء

إلى كل إنسان عانى ...

ولا زال يعانى من القلق

"إني رأيت أنه لا يكتب إنسان
كتابًا في يومه إلا قال في
غده لو غير هذا لكان أحسن، ولو
زيد كذا لكان يستحسن ولو قدم
هذا لكان أفضل، ولو ترك هذا لكان
أجمل وهذا من أعظم العبر
وهو دليل على استيلاء النقص
على جملة البشر"

(العماد الأصفهاني)
(١١٢٥ — ١٣٠١م)

الفهرس

تقديم

بقلم: أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت

أطلق على هذا العصر الذي نعيش فيه صفات عدة من بينها "عصر القلق"، وقد استخدم هذا الوصف منذ خمسينيات القرن الماضي، وعلى الرغم من تعدد الصفات التي أطلقت بعد ذلك على هذا العصر فلم يعلن أحد انتهاء "عصر القلق"!، بل إنه يمكن القول بأن هذا القلق قد تزايد في العقود الأخيرة؛ إذ أصبح هذا العصر كالبحر اللجي المتلاطم الأمواج، حيث زادت الحروب والصراعات والأوبئة والكوارث الطبيعية، ونشأت أمراض لم تكن معروفة من ذي قبل، وزادت معدلات البطالة، وتناقص دور الأسرة، وانخفض الدعم الاجتماعي للأفراد.

ومن نافلة القول أن يكون القلق موضوعًا أساسيًا في علم النفس، ويعرف بأنه "انفعال غير سار، وشعور مكدر بتهديد متوقع أو شر مرتقب،وعدم راحة أو استقرار، وأفكار سلبية غير مسوغة"، ويشتمل القلق على جوانب جسمية، ووجدانية، ومعرفية، وسلوكية[1].

والجوانب الجسمية أو الفيزيولوجية عناصر مهمة في الاضطرابات النفسية جميعًا ومنها القلق، وقد عقدت الجمعية النفسية البريطانية BPS المؤتمر السنوي لشعبة علم النفس الإكلينيكي في لندن في المدة من ١٠ – ١٢ ديسمبر ٢٠٠٨، وخصصت جلسة حضرها كثيرون، وكان عنوانها: "الصحة النفسية والنشاط البدني"، واهتمت بعض الأوراق العلمية ببحث تأثير النشاط

(١) أحمد عبدالخالق، ٢٠٠٩، ص٧٣٤.

البدني في الصحة النفسية والجسمية، وفي علاج الاكتئاب، وفي علاج الإدمان على النيكوتين.

والقلق أحد الاضطرابات النفسية الشائعة، وهو خبرة غير سارة ذات درجات متدرجة من البسيط الذي يمكن تحمله إلى الشديد الذي يتطلب التدخل، وفي الحالة الأخيرة فإن طرق العلاج كثيرة من بينها الاسترخاء.

ويعد التدريب على الاسترخاء أبسط الطرق وأسهلها استخدامًا في مواجهة الضغوط والآلام، ويرجع الاستخدام الحديث لهذه الطريقة الفنية إلى "إدموند جاكبسون" (Jacobson, 1938)، وسماه: "الاسترخاء العضلي المتدرج" Progressive muscle relaxation، وقد استخدم هذه الطريقة مع مرضاه، حيث كان يقدم لهم - بادئ ذي بدء - فكرة عامة عن هذه الطريقة، وأساسها العلمي بشكل مبسط، وإجراءاتها، مع شرح مفاده أن التوتر الحالي للمريض في أساسه حالة جسمية ناتجة عن توتر العضلات، وبينما يستلقي المريض على مقعد مريح، وتكون عيناه غالبا مغلقتين، ولا توجد أضواء أو أصوات مشتتة، فإن المريض يتنفس في البداية بعمق، ويطلق زفرة أو تنهدة ببطء، وبعد ذلك تبدأ سلسلة من تمرينات الاسترخاء العميق للعضلات.

وفي الخمسينيات من القرن الماضي استخدم "جوزيف وولبي" (Wolpe, 1958) طريقة "جاكبسون" في الاسترخاء العضلي المتدرج بعد تبسيطها، بوصفها مضادا للقلق الناتج عن تقديم المنبهات المثيرة للقلق من مدرج Hierarchy القلق، في جلسات التحصين المتدرج Progressive desensitization.

وأسهمت طريقة "وولبي" في العلاج السلوكي Behavior therapy في شيوع استخدام تمرينات الاسترخاء العضلي، وأعد كثير من علماء النفس والأطباء

النفسيين شرائط عديدة، وبيعت ملايين من هذه الشرائط التي تدرب على الاسترخاء، إما تدريبا ذاتيًا وإما بوساطة مدرب مختص.

وقد بينت البحوث التي هدفت إلى تقويم كفاءة تمرينات الاسترخاء العضلي أنه يؤدي إلى نتائج أفضل من العقار غير الفعال Placebo، وفضلا عن ذلك كشفت البحوث أن الاسترخاء ـ على أقل تقدير ـ مساو في فعاليته مع التغذية الراجعة الحيوية Biofeedback في تخفيف الألم، والتقليل من الاستجابة السلبية للضغوط، كما يعد الاسترخاء جانبًا أساسيًا في العلاجات التي تستخدم التغذية الراجعة الحيوية والتنويم Hypnosis، واستخدمت طرق الاسترخاء بنجاح كذلك في علاج الصداع التوتري والصداع النصفي (الشقيقة)، وعلى الرغم من أن الاسترخاء يخفض من تكرار صداع الشقيقة وشدته، فإنه أي الاسترخاء أكثر نجاحًا في علاج الصداع التوتري.

ومن الممكن أيضًا أن يعد الاسترخاء العضلي المتدرج علاجًا فعالاً للاضطرابات المرتبطة بالضغوط، من مثل الاكتئاب، وارتفاع ضغط الدم، وألم أسفل الظهر، والآثار المزعجة للعلاج الكيميائي للأورام، ودلت بحوث التحليل البعدي Meta-analysis أن الأشكال المختصرة من الاسترخاء العضلي المتدرج تساعد بوجه عام على مواجهة كل من هذه الاضطرابات(١).

وكان كاتب هذه السطور مهتما ـ منذ زمن ليس بالقريب ـ بموضوع الاسترخاء العضلي، وبوضع شريط للتدرب عليه، وكانت الاهتمامات كثيرة، "والصناعة طويلة والعمر قصير" كما كان أستاذنا يردد دومًا، ومن ثم فقد قدمت هذا الموضوع لطالبة الماجستير أمثال الحويلة، التي شرفت بالإشراف على رسالتها في قسم علم النفس بجامعة الكويت، فقدمت عملاً جليلاً،

(١) انظر للتفصيل: Brannon & Feist. 2004. pp 197-200

وإنجازًا باهرًا، له جانبان مهمان: نظري وعملي، وفي الجانب الأخير قدمت شريطًا للتدرب على الاسترخاء العضلي، ويعد هذا الجانب العملي – من وجهة نظري – على درجة كبيرة من الأهمية والفائدة، وأوصى كل فرد باستخدامه.

وبعد الانتهاء من رسالتها للدكتوراه، عادت الدكتوره أمثال إلى الرسالة السابقة ونقحتها وأضافت إليها، وحدثتها ونتج عن ذلك هذا العمل القيم بين أيدينا.

وأسأل الله العلي القدير أن يكون هذا العمل خالصًا لوجه الله، وأن يكون من العلم النافع، إنه ولي ذلك والقادر عليه. مع أمنياتي لصاحبة هذا العمل الرصين بمزيد من الإبداع والرقي.

وبالله التوفيق،،،

مقدمة

عرف الإنسان القلق منذ أقدم العصور، وكثيرًا ما يطلق على هذا العصر عصر القلق، بسبب انتشار الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية، وقد يكون القلق اضطرابًا أوليًا أو عرضًا مصاحبًا لمعظم الأمراض الذهانية والعصابية، فالقلق أحد أهم مظاهر الشخصية العصابية تأثيرًا على قدرة الشخص في ممارسته لحياة طبيعية مفيدة إذ يعيقه عن أداء واجبه كاملاً وعن الاستمتاع بحياته.

ويعد القلق من أهم الموضوعات التي تناولها علم النفس، وهناك نوعان من القلق: القلق الطبيعي، والقلق المرضى،والقلق المرضى هو الذى يؤثر سلبًا في سلوك الإنسان، ويتدخل فى مختلف جنبات حياته، وقد أجريت دراسات كثيرة على المستويين العالمي والعربي عن القلق، اتضح من خلالها أن الجوانب التشخيصية زادت كثيرًا على الجوانب العلاجية، وعلى وجه الخصوص في البلدان العربية.

وبما أن استجابة الاسترخاء تتناقض مع استجابة التوتر والقلق، فإن للاسترخاء فوائد كثيرة ومتنوعة، أهمها التخلص من المشكلات المرتبطة بالقلق النفسي مثل الصداع النصفي، والأرق، وارتفاع ضغط الدم، والإرهاق الناشئ عن النشاط العقلي المستمر.

كما يعد الاسترخاء أسلوبًا وقائيًا يعمل على خفض احتمال حدوث الاضطرابات المرتبطة بالتوتر، ويؤدى إلى تحسن فى أداء المهارات الجسمية والاجتماعية والمهنية، كما يمكن أن يساعد الشعور بالاسترخاء على أن يفكر الفرد بطريقة أكثر عقلانية، وأن يصبح أكثر وعيًا للتوتر من خلال تعلم إجراءات شد عضلات الجسم وإرخائها

وينقسم هذا الكتاب إلى قسمين، يضطلع القسم الأول بتقديم الجوانب النظرية المتصلة بالقلق، والعلاجات المتعددة له، وكذلك يتناول الاسترخاء وأنواعه وأساليبه المختلفة، وفائدته فى علاج اضطرابات القلق، وقد خصص القسم الثاني منه لتقديم دراسة تطبيقية عن علاج القلق باستخدام الاسترخاء العضلي، مدعمًا بشرح وافٍ ومفصل لتدريبات الاسترخاء العضلي، وكذلك اسطوانة مدمجة لمارسة الاسترخاء.

وأخيرًا نأمل أن يكون هذا الكتاب دليلاً علاجيًا مرشدًا يسهم في علاج اضطرابات القلق، وأن يقدم الاسترخاء أسلوبًا علاجيًا مجربًا بناءً على دراسة علمية مضبوطة .

والله ولي التوفيق

المؤلفة





القسم الأول

الجوانب النظرية للقلق



الفصل الأول

القلق النفسي

تعريفه، وأنواعه ومكوناته

تمهيد

يحتل القلق Anxiety في علم النفس مكانة بارزة، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، بل في أمراض عضوية شتى، ويُعد القلق محور العصاب وأبرز خصائصه، وأكثر فئاته شيوعًا وانتشارًا حيث يمثل من ٣٠ إلى ٤٠٪ من الحالات التي تعاني من الاضطرابات العصابية تقريبًا، كما أنه السمة المميزة لكثير من الاضطرابات السلوكية[1].

تعريف القلق:

إذا نظرنا إلى أصل مصطلح القلق Anxiety، سنجد أنه مشتق من الكلمة اللاتينية Anger التي تعني الكبت أو الاختناق، وهو شعور عام مصاحب للقلق، وهناك اشتقاق أقرب للمعنى الأشمل الذي نستعمله عن القلق وهو Anxieties وAnxious التي تعني عدم الارتياح وتشمل الجوانب العقلية، إذن فمفهوم القلق تعبر عنه مصطلحات عمرت أكثر من ألفي عام، ومازالت معانيها القديمة تبدو قادرة على وصف ما نعانيه اليوم مما يطلق عليه القلق[2].

ويعرف "سبيلبيرجر القلق" بأنه حالة انفعالية مؤقتة، يشعر بها الإنسان عند إدراكه لموقف يهدد ذاته، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي، ويشعر بالتوتر ويستعد لمواجهة هذا التهديد، كما يفرق بين حالة القلق وسمة القلق، التي توجد بينهما فروق ثابتة نسبيًا في القابلية للقلق ترجع إلى اختلافات بين الناس في نظرتهم إلى العالم المليء بالمواقف العديدة المثيرة التي تدرك بوصفها

---

(١) سبيلبيرجر ورملاؤه، ١٩٩٢، ص٣٢.

(2) Ronald. 1991. p.4

أمورًا خطرة ومهددة، كما أنها تعنى الميل إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات بحالة القلق[1].

ويمكن أن يكون موضوع القلق مادة أو حالة أو نشاطًا يتم تجنبه كما فى المخاوف، ويلاحظ كثير من أنماطه لدى الأطفال والمراهقين، وغالبًا يكون مؤقتًا أو سريع الزوال[2].

أما عكاشة فيعرف القلق بأنه: "شعور عام غامض غير سارٍ بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة النشاط العصبي اللاإرادى يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد" وذلك مثل الشعور "بالفراغ في فم المعدة" أو "السحبة في الصدر" أو "ضيق في التنفس" أو "الشعور بنبضات القلب" أو "الصداع" أو "كثرة الحركة" ..... الخ[3].

ويعرفه كمال دسوقي بأنه: حالة انفعالية مزمنة ومعقدة مع توجس أو رهبة، كأبرز مكوناته، ويتسم باضطرابات عصبية وعقلية عديدة، مثل:

١- الإحساس بمزيج من الرهبة والإشفاق من المستقبل بدون داع معين للخوف.
٢- خوف مزمن بدرجة خفيفة.
٣- خوف قوى ساحق.
٤- باعث ثانوي ينطوي على استجابة تجنب مكتسبة[4].

ويعرف منير وهبه الخازن القلق النفسي بأنه: ظاهرة نفسية تتميز بحالة القلق التي تنتاب المريض إما بصفة مستمرة، وإما في نوبات حادة، فيبقى

(1) Spielberger, 1977, p.239.

(٢) دافيدوف، ١٩٨٣.

(٣) عكاشة، ١٩٩٨، ص٣٨.

(٤) كمال دسوقي، ١٩٨٨، ص١٠٨.

المريض متوجسا بشر، خائفا من المجهول جزعًا وجلا مهما ثبت له أن ليس ثمة ما يبرر القلق وينطبق هذا على القلق العصابي[1].

ويتفق فرويد و كورنى (Freud & Corni) على تعريف القلق بأنه: "رد فعل لخطر غامض وغير معروف، وهنا يكون الخطر ذاتيا ومتوهما" والقلق كما يقول فرويد أيضا "هو حالة شعور وجداني، ولكنه يختلف عن التوتر والألم والحزن" وهذا يعنى أن القلق يتميز عن غيره من الحالات الوجدانية . ويضع الفالوجى تعريفا واضحا هنا للقلق فيقول: "القلق هو الشعور بالتخوف من احتمال وقوع شيء غامض ومكروه" ولتوضيح هذا التعريف، نرى أن لفظ تخوف يكون واضحا على الفرد القلق كحالة نفسية غير سارة، تتضح معالمها على سلوكياته، وذلك بسبب صراع مستمر منشؤه الخوف من شيء خفي، كما أن استمرار الفرد فى التفكير والاضطراب يؤدى إلى نفس الشعور نحو القلق، مما يؤدى إلى فقدان التوازن لدى الفرد[2].

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فصاغت أكثر تعريفات القلق شيوعًا فوصفته بأنه: "خوف أو توتر أو ضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة، كما يعد مصدره كذلك غير واضح، ويصاحب كلاً من القلق والخوف عدد من التغيرات الفيزيولوجية"[3].

ويعرف "توماس، وروبرت" اضطرابات القلق بأنها إما الانشغال بالأفكار والمواقف التي تثير الخوف أو القلق أو تجنبها، ويشمل القلق انتشار ردود الفعل الوجدانية المصحوبة بتوقع مشاكل مستقبلية، وتنطلق من مدى التهديدات فى

---

(١) الخازن، ١٩٩١، ص١١٩.

(٢) عبدالواحد، ١٩٩٢، ص٢٢ - ٢٤.

(3) American Psychiatric Association. 1994. p.129

البيئة المحيطة، والقلق العام يعتبر ـ بصورة نمطية ـ مصحوبًا بأفكار ومشاعر سوداوية[1].

ويؤكد "موريس، وكراتشوتل" على أن القلق ما هو إلا خوف وتوتر مرتبطان بتوقع خطر سواء أكان خطرًا خارجيًا أم داخليًا[2].

ويقول "جيفرى، وسبنسر": إن القلق عبارة عن حالة عامة من الخشية والخوف والتوتر، وهناك كثير مما نقلق عليه: صحتنا، والعلاقات الاجتماعية، والامتحانات، والسلوكيات، والعلاقات الدولية، وحالة البيئة، وهى ليست سوى مصادر قليلة مما يحتمل أن نهتم به، وإنه لشيء طبيعي أن نقلق بطريقة أو بأخرى حول هذه النواحي الحياتية[3].

كما يعرف بارلو (Barlow ,2002) القلق بأنه: رد فعل حيوي وسلوكي وإدراكي ينتج أخطارًا متعددة في الحياة كالضغوط التي يتعرض لها الفرد .

وتتفق المؤلفة مع تعريف يورك York.2008 () باعتبار القلق: "مجموعة من الأعراض تتتابها حالة من التوتر والكآبة، تصاحب الفرد في أغلب اليوم ويكون مصحوبًا بأعراض نفسية وجسمية،وتصيب جميع الأعمار، ولكنها أشد وطأة على كبار السن، حيث تشعرهم بالعجز عن ممارسة النشاطات اليومية للحياة".

أنواع القلق:

اضطرابات القلق 'شأنها شأن سائر الاضطرابات النفسية بحاجة إلى رؤية شاملة من منظور متكامل تمثل الفترة الزمنية أحد نقاطه، 'وليس أهمها بالتأكيد'، لذا لزم على الطبيب والمعالج النفسي محاولة فهم ما تحمله معاناة

(1) Thomas & Robert .1995. p.198.
(2) Morris & Kratchwitl.1995
(3) Jeffrey & Spencer.1997.p.200

القلق واضطراباته من رسائل تعبر عن معاناة بيولوجية ونفسية وحياتية' ودرجة وعى الفرد بهذه المعاناة، وتبعا لذلك يمكن تقسيم اضطرابات القلق إلى:

(١) اضطرابات القلق الناتجة عن زيادة درجة الوعي:

وهى الاضطرابات التي يتواتر حدوثها خلال أزمات النمو وخبرات الإبداع، كما يتواتر حدوثها بصورة مرضية معيقة، وهذه الاضطرابات تشمل:

أ- **القلق الوجودي**: وهو القلق الناشئ عن درجة من الوعي بحقيقة الفرد ونوعية وجوده والهدف منه.

ب- **القلق العدمي**: وهو على صلة وثيقة بالنوع السابق ويرتبط بوعي الفرد بفقد الهدف أو المعنى وافتقاده للغائية.

ج- **القلق الكونى (الصوفي)**: ويحدث حين يمتد وعى الفرد خارج حدود ذاته إلى درجة تشمل الكون الأشمل.

د- **القلق المنذر**: وتشمل القلق أو الخوف من الجنون، أو فقد السيطرة، وهو غالبا ما ينشأ عن نشاط مستوى أعمق من الوجود البشري.

هـ - **قلق الإبداع**: وهو يحدث عادة في مراحل الإبداع الأولى (المرحلة التحضيرية).

(٢) اضطرابات القلق الناتجة عن قلة درجة الوعي:

وهذه الاضطرابات تؤدى عادة إلى أعراض حركية، أو أعراض ناشئة عن زيادة نشاط الجهاد العصبي اللاإرادي[1].

كما يمكن تقسيم اضطرابات القلق من رؤية تركيبية إلي:

أ- **قلق المواجهة**: حين تحدث المواجهة النفسية بين كيانات داخلية نشطة متساوية فى القوة وهو يظهر عادة فى صورة أعراض اكتئابية ومخاوف.

---

(1) Sapp, M. 1996. p.74.

ب- قلق التردد: وهو بديل عن قلق المواجهة، ويظهر عادة في صورة التردد وازدواجية المشاعر.

ج- قلق الصراع: وهو يحدث حين يسيطر أحد الكيانات الداخلية النشطة بصورة ملحوظة على نشاط الكيانات الأقل قوة، وهو يظهر عادة في صورة توتر وشعور بالإرهـاق[1].

وبشكل أكثر وضوحا وتفصيلاً يصنف أكثر الباحثين في مجال علم النفس والصحة النفسية القلق إلى:

١ . القلق الواقعي Reality Anxiety:

وهو قلق شعوري موضوعي أو حقيقي، أقرب ما يكون لمفهوم الخوف العادي، إذ يدرك الفرد مصدر خطر خارجي في بيئته يتهدده، وربما يكون هذا المصدر واقعيًا فعليًا أو متوقعًا محتملاً، ومن أمثلته القلق الذي يعترى الفرد بشأن نتيجة اختبار مر به أو مسابقة اشترك فيها، أو عندما ينتظر نبًا هامًا يتعلق بمشكلة حيوية تخصه.

ومنه أيضًا ذلك التوتر الذي يصيب الفرد عندما يستشعر خطرًا على صحته أو مستقبله، أو عندما يُدرك بعض عقبات أو صعوبات يمكن أن تواجه وظيفته أو منصبًا جديدًا سيشغله، أو بيئة جديدة سينتقل إليها.

وقد يشعر الفرد ببعض التوتر عندما يقدم على إنجاز عمل جديد لا يدرى بالضبط ما الصورة التي سينتهي إليها هذا العمل، وكيف سيكون استقبال الناس له، كما هو الحال بالنسبة للتوتر الدافعي المصاحب لعملية الإبداع لدى الفنانين والأدباء والباحثين.

---

(1) Lundervold et al., 2008.

وهكذا يلعب القلق الموضوعي العادي دورًا بالغ الأهمية فى حياة الفرد والجماعة، لما له من وظائف دافعية وتوجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها، ويمدنا بالقدر اللازم من التحفز لتحرير الطاقة النفسية اللازمة وتكريسها وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب المخاطر، فبدون هذا القلق لا يتوفر للطالب مستوى الدافعية اللازم لاستذكار دروسه، كما لا يتسنى لكل منا تحمل مشاق العمل لساعات طويلة فى نشاطاتنا اليومية العديدة، تحقيقًا لما نطمح إليه من نجاح وتفوق ومكانة[1].

٢. القلق العصابى Neurotic anxiety :

يعرف فرج عبد القادر طه وآخرون (١٩٩٣، ص٦٢٧) القلق العصابى بأنه: عادة ما يسبق ظهور الأنواع المختلفة من الأمراض النفسية أو يصاحبها، إلا أنه فى بعض الأحيان يكون هو العرض المرضى الوحيد المستمر دون أن يتطور إلى مرض نفسي معين.

وعندئذ يطلق عليه القلق العصابى، فيظل المريض قلقًا خائفًا من كل شيء ومن لا شيء فى نفس الوقت، بل إنه يظل يبحث - دون وعى منه - عن شيء يبرر به خوفه أو يربطه به، فيلتمس لانزعاجه أوهى الأسباب وأقلها مدعاة للخوف والقلق والانشغال، ويكون قلقه وخوفه وتوتره أقوى كثيرًا مما يتطلبه الموقف، وهكذا يظل المريض بالقلق العصابى خائفًا متوترًا منشغلاً سواء لأسباب واقعية أم متوهمة.

كما يعرف القلق بأنه انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد متوقع، أو هم مقيم أو عدم الراحة، وخبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والعجز والخوف من

(1) Lundervold et al . 2008.

شر مرتقب لا يوجد له مبرر موضوعي، وغالبًا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطرًا حقيقيًا، ويصاحب القلق عادة أعراضٌ جسميةٌ ونفسيةٌ شتى كالإحساس بالتوتر والشد والشعور بالخشية والرهبة.

ويجب التمييز بين القلق السوي والقلق العصابى، فالقلق العصابى هو خوف مزمن دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضى(١).

وتعرف ألفت حقي(٢) القلق العصابى بأنه نوع دائم من القلق أو الخوف أو الضيق، يظهر مضاعفاً عند مواجهة موقف يستدعى القلق فعلاً، والفرد هنا كثيرًا ما يعلو العرق البارد أطرافه فى الظروف الطبيعية، يشكو من عسر الهضم، وخفقان القلب، وانقباض الحلق، وضغط حول الرأس يشبه الصداع، وقد يشتد أحد هذه الأعراض أو يزداد عددها بظهور ما يسبب القلق الحاد، لازدياد نشاط الغدد الصماء بالجسم.

ومن خلال العرض السابق للتعريفات المختلفة لمفهوم القلق بوجه عام والقلق العصابى بوجه خاص يتبين لنا أن معظم هذه التعريفات تكاد تجمع على أن القلق يتضمن:

١- عدم ارتياح نفسي وجسمي.
٢- يظهر أثره فى صورة أعراض نفسية أو جسمية أو فى صورة اضطراب فى العلاقات الاجتماعية.

(١) أحمد عبدالخالق، ١٩٩٢، ص٣٢.
(٢) ألفت حقي، ١٩٩٦، ص٤٥٥.

٣- للقلق مسببات شتى، فقد ينتج عن عدم الشعور بالدفء والعاطفة، وقد ينتج عن النقد الموجه من البيئة الخارجية. وقد ينتج عن اضطراب في البيئة المحيطة.

ومن ناحيتنا، نرى أن القلق شعور عام بتوقع خطر، مع الخوف والتحفز والتوتر، مصحوبًا عادة ببعض الإحساسات الجسمية، وبخاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، كما أنه انفعال غير سار، وشعور مكدر بتهديد متوقع أو عدم الراحة، وخبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والعجز والخوف من شر مرتقب لا يوجد له مبرر موضوعي.

٣. القلق الخلقي Moral Anxiety:

يكمن مصدر القلق الخلقي في داخل الفرد وهو الأنا الأعلى، أو الضمير الخلقي الذي تمثله القوانين والأعراف الاجتماعية والمثل والأخلاق، وما استدمجه من تعاليم الوالدين ومن في حكمهم، ويتبدى القلق الخلقي عندما تجنح بعض الذكريات المستكرهة والغرائز المحرمة لدى الفرد إلى الانطلاق والإشباع، أو عندما يأتي الفرد فعلاً آثمًا خارجًا عن المثل والأخلاقيات التي تمثلها واستدمجها، فينزل الأنا الأعلى عقابه على النفس من خلال إشعارها بالندم والإثم والخجل تأنيبًا لها عما فكرت فيه، أو تكفيرًا عما ارتكبته[1].

هذا النوع من القلق عند حد معين، قد يكون ذا طابع تطهيري يساعد الفرد على استعادة ثقته بنفسه وعلى مجاهدة نزوات الهو. وإن تجاوز هذا الحد، ربما يأخذ صورًا متطرفة شاذة لإيلام الذات وتعذيبها.

(1) Borda. & Mercedes. 1996.p 70

تصنيف اضطرابات القلق

تصنيف الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين:

وضعت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين A.P.A الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية، في طبعته الرابعة DSM-IV، وتشمل اضطرابات القلق Anxiety Disorders الفئات الفرعية الآتية:

١- **اضطراب الهلع Panic Disorder**: وهو عبارة عن نوبة هلع مفاجئة، يتبعها خوف من فقدان السيطرة أو توهم المرض أو حدوث تغيرات محددة في السلوك لها علاقة بالنوبة، وهذه النوبة ليست ناجمة عن تناول مواد مخدرة أو دواء، ولا تفسر في ظل وجود اضطرابات أخرى كالرهاب الاجتماعي مثلاً.

٢- **الخوف من الأماكن المفتوحة Agoraphobia**: ويعني الخوف من الوجود في أماكن يصعب الهروب منها، أو لا تكون المساعدة متاحة فيها في حالة حدوث أعراض مفاجئة، والتي قد تكون معيقة أو مربكة إلى حد كبير، لذلك فإن خوف الفرد يجعله يحد من تنقلاته، أو يحتاج إلى رفيق عند خروجه من المنزل، والمواقف الشائعة في رهاب الأماكن الواسعة هي أن يوجد الفرد في أماكن مزدحمة، أو الوحدة، أو محطة الأتوبيس، أو السفر بالقطار أو السيارة ...إلخ.

٣- **مخاوف محددة Specific phobia**: وهو عبارة عن خوف حاد وثابت مرتبط بموضوع معين، ويختلف عن اضطراب الهلع، وقد تأخذ النوبة أشكالاً كالخوف من الحيوانات أو المرتفعات أو المصاعد أو البرق والرعد أو رؤية الدم والجروح أو المرض ...الخ.

٤- **المخاوف الاجتماعية Social phobia**: عبارة عن خوف أو خجل في المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين، وتتمثل هذه

المواقف فى الخوف من التحدث أمام الجمهور، وهى أكثر المواقف انتشارًا، إضافة إلى ذلك الخوف من احمرار الوجه خجلاً أمام الآخرين، والخوف من مراقبة الآخرين له فى العمل، والخوف من الازدحام، والخوف من الامتحانات، ويتسم هذا النوع من القلق بتجنب الأفراد لكل المواقف المثيرة للقلق لديهم، وإذا اضطروا إلى إقحام أنفسهم فى هذه المواقف، فإنهم يخبرون قلقًا حادًا يخافون أن يلاحظه الآخرون.

٥- اضطراب الوسواس القهري Obsessive – compulsive disorder: وهو عبارة عن أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات يخبرها الفرد على أنها غير مرغوبة، وليس لها معنى مثل نزعات متكررة لدى الأب بأن يقتل ابنه الذي يحبه، وإن ما ينطوي عليه هذا الاضطراب من وساوس متكررة، أو طقوس قهرية شديدة تسبب الإزعاج والكرب، إما باستهلاكها الوقت، أو تداخلها مع أنشطة الفرد وأدائه لوظائفه أو علاقاته مع الآخرين. ولا يستطيع الفرد مقاومتها، ومن أكثر الوساوس شيوعًا الأفكار العنيفة التي تتردد على عقل المريض (مثل فكرة قتل الأب ابنه)، أو التلوث (مثل أفكار العدوى عند مصافحة الآخرين)، أو الشك (مثل أنه فعل الشيء أم لا)، والاندفاعات القهرية سلوك يهدف إلى التقليل من عدم الراحة التي يشعر بها الفرد نتيجة استجابته للوسواس. ويعى الفرد أن سلوكه غير معقول. ومع أن الفرد لا يحصل على لذة من هذه الوساوس، فإن ممارسة الفعل القهري تقلل من التوتر.

٦- اضطراب الضغوط التالية للصدمة Post - traumatic stress disorder: وهى عبارة عن مرور الإنسان بصدمة أشد من أن تستوعبها خبرته المعتادة، أو التهديد الخطير والمفاجئ لحياته أو لأحد المقربين إليه، أو تدمير مفاجئ لبيئته، أو مشاهدة شخص آخر أصيب أو قتل فى حادث، وتصاحب هذه الصدمة عدة أعراض منها إعادة معايشة الحادث

الصدمى، والكوابيس، وتجنب الأنشطة التي لها علاقة بالحادث الصدمى، وزيادة اليقظة والحذر، وفقدان المتعة فى الأنشطة التي تجلب السعادة، وصعوبات النوم والتركيز، ومن الممكن أن تظهر هذه الأعراض بعد الحادث الصدمى مباشرة أو بعد ستة أشهر من الحادث، كما يمكن أن تأتى للأطفال فى صورة رفض الكلام أو الكوابيس والأحلام المزعجة أو علامات جسمية كآلام فى المعدة وصداع.

٧- **اضطراب الضغوط الحاد Acute stress disorder**: وفيه يحدث نوع من التغير فى بنية الشخصية، ومن أعراضه الشعور بالانطواء، ونقص التواصل مع المحيطين بالفرد والخشية والخوف، وعدم تقدير الذات، والقلق، وزيادة الإثارة، مع نقص فى الاستجابة الوجدانية، وغالبًا يكون من الصعوبة أن يجد الفرد فى هذا الاضطراب السعادة فى المواقف التي كانت ممتعة سابقاً، والشعور بالذنب بشكل دوري حول متابعة مهام الحياة المعتادة، وصعوبة التركيز والاكتئاب.

٨- **اضطراب القلق المعمم Generalized anxiety disorder**: وهو عبارة عن قلق مزمن غير واقعي وتوقعات تشاؤمية، ويعانى المريض من أعراض التوتر العضلي (مثل سرعة الإجهاد، وشد العضلات، والرعشة)، وأعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى (مثل ضيق التنفس، والعرق، وبرودة الأطراف، وجفاف الحلق، وكثرة التبول، واضطرابات الهضم)، وبعض الأعراض العصبية (مثل شعور الفرد بأنه على حافة الهاوية، وصعوبات التركيز، والأرق، وسرعة الاستثارة).

٩- **اضطراب القلق نتيجة لحالة طبية عامة Anxiety disorder due to a general medical condition**: المظهر الأساسي لاضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة يعتبر ناتجاً عن التأثيرات العضوية المباشرة لهذه الحالة،

وتتضمن هذه الأعراض قلقًا عامًا، ونوبات ذعر مفاجئ، ونوبات قلبية، أو هواجس أو دوافع معينة لا تقاوم، وتوجد عدة حالات طبية عامة يمكن أن تسبب الأعراض بما في ذلك الأعراض الهرمونية (مثل الإفراط أو القصور في الغدة الدرقية، ونقص السكر) أو حالات الأوعية القلبية (مثل الاحتقان القلبي، والانسداد الرئوي) أو الحالات التنفسية (مثل الأمراض المزمنة للرئة، وحالات الربو) أو الحالات الأيضية (مثل نقص فيتامين ب١٢) أو الحالات ذات الأساس المرتبط بكل من الأعصاب والجوانب النفسية (مثل الأورام، والاختلال الوظيفي، والتهاب الدماغ).

١٠- اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة **Substance-induced anxiety disorder**. السمات الأساسية لهذا الاضطراب هي أعراض القلق الواضحة ونوبات من الخوف والرهبة أو الوساوس أو الأفعال القهرية، وهذا التشخيص يغني عن تشخيص التسمم بمادة معينة، أو توقف تعاطي عقار معين فقط، عندما تكون أعراض القلق خطيرة بدرجة كافية تستدعي اهتمامًا إكلينيكيًا مستقلاً[1].

وقد بينت بعض الدراسات أن اضطرابات القلق أكثر شيوعًا من أي شكل آخر من أشكال الاضطرابات العقلية، وأنواع الرهاب أكثر الأنواع شيوعًا بين اضطرابات القلق التي تسود لمدة عام (حوالي ٩٪ من البالغين)، يليها اضطرابات القلق المعمم (٤٪)، واضطرابات الوسواس القهري (٢٪)، واضطرابات الهلع (١٪).

وبالنسبة للنساء، فإنهن يعانين ضعف الرجال بالنسبة لحالات اضطرابات القلق وبخاصة اضطرابات الرهاب، والهلع، واضطرابات القلق المعمم، والفروق

(1) American Psychiatric Association, 1994, pp 393-444

بين الجنسين أقل بروزًا فى الرهاب الاجتماعي واضطرابات الوسواس القهري[1].

حالة القلق وسمة القلق:

ميز كل من "كاتل" و"سبيلبيرجر" بين جانبين للقلق، أولهما: حالة القلق Anxiety state ، وثانيهما الاستعداد للقلق فى المواقف المختلفة، ويسمى سمة القلق Anxiety trait الذي يختلف باختلاف الفرد ، وميز "سبيلبيرجر" بين الحالة والسمة على أساس أن حالة القلق حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي، يشعر بها كل الناس فى مواقف التهديد مما يؤدى إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد ، وتختلف شدة هذه الحالة تبعًا لما يستشعره كل فرد من درجة خطورة فى الموقف الذى يواجهه، كما تزول بزوال مصدر الخطورة والتهديد[2].

أما سمة القلق فهى استعداد سلوكى مكتسب فى معظمه، وتشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيًا فى الاستهداف للقلق، أى: فروق بين الناس فى الميل إلى إدراك المواقف العصيبة على أنها خطرة أو مهددة ، والاستجابة لمثل هذه المواقف يرفع فى شدة أرجاع القلق لديهم.

وقد تعكس سمة القلق كذلك الفروق الفردية فى التكرار والشدة، وعن طريقهما يمكن الكشف عن حالات القلق فى الماضي، كما تعكس احتمال أن يخبر الفرد سمة القلق فى المستقبل، وكلما كانت سمة القلق أقوى زاد احتمال أن يخبر الفرد ارتفاعات أشد فى حالة القلق فى المواقف التي تتضمن تهديدًا[3].

---

(1) Thomas & Robert. 1995. p.198.

(٢) انظر: أحمد الزعبي، ١٩٩٧: Spielberger. 1972, p.240.

(٣) سبيلبيرجر وآخرون، ١٩٩٢، ص١٨.

وظيفة القلق:

يؤدى القلق وظيفة مهمة إذ إنه بمثابة إشارة إنذار بحالة خطر مقبلة، حتى يستطيع الإنسان أن يستعد لمواجهة هذا الخطر المتوقع، فالقلق إذن إشارة بأن الخطر مقبل، ولا شك أن إدراك الفرد للخطر قبل أن يباغته فعلاً أمر مفيد لحفظ حياته، وهو يدل على تقدم مهم فى قدرة الفرد على حفظ ذاته.

إذن فالقلق الذي كان في الأصل رد فعل لخطر خارجي حقيقي أصبح فيما بعد إشارة إلى أن الخطر سيقع، وشعور القلق الذي يحس به الفرد حينما يتوقع الخطر هو عبارة عن تكرار لشعور القلق الذي أحس به الفرد فى موقف الخطر الأصلي السابق، وكأن إشارة القلق تعلم للفرد بما هو آتٍ.

وغالبًا يتوقع الفرد حدوث حالة من الشعور بالعجز، أو أن الحالة الحاضرة تذكره بحالة صدمة سابقة، ولذلك فهو يتوقع وقوع صدمة، ويتصرف كما لو أن الصدمة وقعت بالفعل، بينما لا زال يوجد وقت لتجنب هذه الصدمة"[1].

مكونات القلق:

يشتمل القلق على عدة مكونات هى:

١- مكون انفعالي **Emotional** أو وجداني يتمثل في مشاعر الخوف، والفزع والتوجس. والتوتر والهلع الذاتي والانزعاج.

٢- مكون معرفي **Cognitive**: ويتمثل فى التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي، والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلات، فيستغرقه الانشغال

(١) السيد عبدالخالق، ١٩٩٦، ص٢٤.

بالذات والشك في مقدرته على الأداء الجيد، والشعور بالعجز وعدم الكفاءة، والتفكير في عواقب الفشل، والخشية من فقدان التقدير.

٢- مكون فسيولوجي Physiological: ويتمثل فيما يترتب على حالة الخوف من استثارة وتنشيط الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي مما يؤدى إلى تغيرات فسيولوجية عديدة، منها ارتفاع ضغط الدم، وانقباض الشرايين الدموية، وزيادة معدل ضربات القلب، وسرعة التنفس والعرق، ويذهب بعض الباحثين إلى أنه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة عن الحالات الانفعالية الأخرى بوجود المصاحبات الفسيولوجية[1].

تأثير القلق على الأداء:

تعد دراسة القلق لدى الأفراد وتأثيره على ما يقومون به من أداء من الدراسات التي شغلت علماء النفس منذ نصف قرن تقريبًا، حيث ركزت هذه الدراسات التي أجريت في هذا المجال على اختبار الفروض المشتقة من نظرية الحافز Drive Theory لكل من "تايلور، وسبنس".

وقد أوضحت هذه النظرية أن القلق يؤثر سلبيًا أو إيجابيًا على أي أداء يقوم به الفرد، بحيث يعد القلق المحرك الأساسي لأنواع عديدة من السلوك السوي والمرضى. فمستويات القلق المرتفعة الزائدة عن الحد تعيق الأداء، ومستوياته المتوسطة تسهله[2].

كما يعد القلق من المشكلات التي يمكن أن تؤثر على القدرات العقلية للإنسان بصفة عامة، وعلى المراهقين بصفة خاصة، إذ يمكن أن تشتت تفكيرهم وتؤدى إلى معاناتهم من التوتر وعدم الاتزان، وهذه الآثار وغيرها

(١) عبدالمطلب أمين القريطي ١٩٩٨.

(٢) جمال مصطفى العيسوي، ١٩٩٦، ص ١٦١.

يترتب عليها جعلهم غير قادرين على التفكير أو التحصيل، وإن اختلفت درجة عدم القدرة هذه باختلاف درجة القلق ونوعه.

وتجدر الإشارة إلى أن وجود درجة معتدلة من القلق يعد أمرًا عاديًا ومطلوبًا للفرد وبخاصة في مواقف معينة، فالتقدم لاختبار، أو الاستعداد لمقابلة مهمة، أو عطل في السيارة، يستدعى كل ذلك اتخاذ خطوات معينة لتخفيف التوتر والاهتمام بما ينبغي عمله للأداء الناجح في هذه المواقف.

وتكمن الخطورة على الفرد في القلق غير السوي الذي يستمر لفترات بعد زوال الموقف المسبب أو في حالة غياب ما يستدعى القلق، فهناك أفراد تستمر ردود أفعالهم السلبية للضغوط حتى بعد زوال الأسباب كتخفيف العبء الوظيفي بزيادة عدد العاملين فى حالة الموظف، أو الانتهاء من الامتحان فى حالة الطالب على سبيل المثال.

فمثل هؤلاء يكونون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية الجسمية بسبب استمرار نشاط الجهازين: السمبثاوى والباراسمبثاوى. وهذه الاستمرارية من شأنها تعريض الأجهزة الحيوية فى الجسم للتلف، واضطراب القلق يزيد من شدة حساسية الأفراد، ويرفع من ميلهم إلى تضخيم الأمور والمواقف التي يخبرونها، وهذا فى حد ذاته يسبب لهم قلقًا أكثر، ويجعلهم يتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط[1].

ولا شك أن للقلق النفسي آثارًا سيئة على الجوانب النفسية والاجتماعية والدراسية بالنسبة للفرد بشكل خاص، فضلاً عن آثاره السلبية على الجوانب الاقتصادية والاجتماعية بالنسبة للمجتمع بشكل عام، وبما أن التوتر والقلق النفسي أصبح من المشكلات الشائعة فى هذا العصر، حيث أشارت

(١) على عسكر، ١٩٩٩، ص١٤٤.

الإحصاءات المتعلقة بحجم مشكلة التوتر النفسي أن ٨٠٪ من جميع الأمراض الحديثة تستمد جذورها من القلق النفسي.

ولهذا، فإن المشاكل التي يتعرض لها طلاب مراحل التعليم بصفة عامة والمرحلة الثانوية بصفة خاصة يمكن أن ترجع - في جانب غير قليل منها - إلى حالة القلق التي يشعرون بها ويعانون منها، والناتجة عن المصادر السابقة لحدوث القلق، والتي تقف حائلاً دون اتخاذهم القرارات السليمة المتعلقة باختياراتهم الدراسية، فضلاً عن معاناتهم من انخفاض مستوى قدرتهم على الإنجاز نتيجة قلقهم المرتفع(١).

وبصفة عامة نجد الشخص القلق يتسم بحالة من التعب والإرهاق، وعدم القدرة على الإنجاز، وكلها مظاهر تشتد وضوحًا مع تزايد القلق، حيث يعاني الفرد من الاضطراب وعدم التوازن(٢).

ويؤثر القلق على التحصيل الدراسي الذي يعد من المؤشرات المهمة التي نحكم بها على المراهقين في مجتمعنا بالنجاح أو الفشل، وتوجد كثير من العوامل التي من شأنها أن ترفع مستوى القلق لدى المراهقين إلى الدرجة التي تعيقهم عن التحصيل الدراسي والنجاح في الحياة.

ويعمل القلق بمثابة علامة على وجود خطر ما يهدد الإنسان، ومن ثم يمكن أن يكون إدراك هذا الخطر نافعًا للفرد عندما يعينه على أخذ حذره، والتقدير الموضوعي لدرجة الخطر الذي يهدده، وتكريس جهده وطاقته بالقدر المناسب لمواجهته بنجاح، إلا أن هذه الوظائف الدافعية الإيجابية للقلق في سلوك الفرد ترتبط بالدرجة المعتدلة أو المتوسطة منه، فعندما يتجاوز القلق

(١) مصطفى محمد الصفطي، ١٩٩٥، ص٧٣.
(٢) سهير كامل، ١٩٩٩، ص٨٣.

هذا الحد المعتدل أو المتوسط سواء بالنقصان أم بالزيادة تكون له آثار سلبية على الأداء[1].

ويؤكد ذلك ما أوضحه بعض العلماء من أن العلاقة بين كل من القلق والأداء ليست علاقة مستقيمة Linear أو بسيطة، وإنما هي علاقة منحنية Curvilinear تأخذ شكل حرف U مقلوب، وتعني هذه العلاقة أن القلق حتى حد معين يكون دافعًا جيدًا للأداء الجيد، وعندما يتجاوز هذا الحد المعين يكون له تأثير سلبي على الأداء[2].

كما انتهت نتائج بعض الدراسات إلى أن القلق - بوصفه حالة وسمة - إذا ارتفع عن حدود المتوسط والاعتدال فإنه يؤثر تأثيرًا سلبيًا على كل من التفكير التجريدي والإبداعي، فكلما ازداد القلق والمعاناة من المشقة والانعصاب، وعدم تحمل الغموض، ضعفت المقدرة على تكوين المفاهيم، وضعفت الطلاقة الفكرية، وازداد التصلب، وعجز الفرد عن الإتيان بالأفكار الطريفة أو الجديدة[3].

وقد افترض أصحاب نظرية القلق الدافعي Drive Anxiety أن زيادة القلق تزيد من توليد الدافعية، ومن ثم تؤدي إلى تحسين التعلم والأداء، وأن الإنسان في مواقف التعلم والتحصيل والعمل ينتابه القلق مما يدفعه إلى الاجتهاد في إنجاز مهامه كي يخفف من شعوره بالقلق، إلا أن فروض هذه النظرية لم تلق تأييدًا تجريبيًا كافيًا[4].

(١) أحمد عبدالخالق، ١٩٩٤، ص٢٥.
(٢) المرجع السابق، ص٢٥.
(٣) محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٤، ص٣٩.
(٤) سامية القطان، ١٩٨١.

وقد أسفرت نتائج معظم البحوث فيما يتعلق بتأثير القلق في الأداء والتعلم عن الآتي:

- يؤدى القلق الزائد لدى بعض الأفراد إلى صعوبات فى تخزين المعلومات واسترجاعها، حيث يستقبل ذوو القلق المرتفع أجزاء من المعلومات أقل مما يستقبله نظراؤهم ذوو القلق المنخفض.
- توجد علاقة سالبة بين القلق وكل من التحصيل الدراسي، والتذكر، وأداء العمليات الحسابية، وتعلم السير في المتاهات.
- يؤدى القلق إلى تيسير النجاح في أداء المهام البسيطة، بينما يعيق أداء المهام والأعمال الصعبة والمركبة[1].



(١) عبدالمطلب القريطي، ١٩٩٨، ص١٣٦.



الفصل الثاني

النظريات المفسرة للقلق

الفصل الثاني
النظريات المفسرة للقلق

فسر أصحاب النظريات النفسية القلق تفسيرات مختلفة، وأرجعوه لعوامل مختلفة، كل حسب الاتجاه الذي يتبناه، ومن أهم هذه النظريات ما يلي:

(أ) نظريات التحليل النفسي:

١) نظرية سيجموند فرويد S. Freud:

يعتبر "فرويد" أول من بحث موضوع القلق بحثًا مستفيضًا، وكان له في دراسة القلق نظريتان: فسر القلق في الأولى على أساس أنه حينما تمنع الرغبة الجنسية من اتخاذ طريقها الطبيعي إلى التفريغ والإشباع، فإن الطاقة الليبيدية تتحول إلى طاقة فيزيولوجية بحتة.

أما في النظرية الثانية فأكد أن القلق يؤدى إلى كبت هذه الرغبات، وأن القلق العصابى هو العامل المسبب لنشوء الأمراض العصابية[1].

٢) نظرية أوتو رانك O. Rank:

أكد "رانك" على أهمية دور الأم في حياة الطفل، حيث اهتم بما يسمى "صدمة الميلاد"، واعتبرها أساس نظرية انفصال الطفل عن أمه وخروجه من الرحم، حيث يسبب الميلاد صدمة شديدة للوليد، وينشأ عن هذه الخبرة المؤلمة الشعور بالقلق[2].

---

(١) كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٨، ص٣٩.
(٢) سيجموند فرويد، ١٩٨٣، ص٣٦.

٣) نظرية أدلر Adler:

يرجع "أدلر" نشأة القلق النفسي إلى أنماط التربية التي يتلقاها الطفل فى الأسرة، وأن استدماج المشاعر يمكن أن يظهر بوساطة العوامل الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي مع المجتمع[1].

٤) نظرية كارين هورنى K. Horney:

أرجعت "هورنى" القلق لدى الفرد إلى العوامل الثقافية، وكذلك إلى اضطراب العلاقة بين الوالدين والأبناء، وترى أن القلق نتاج اجتماعي ناجم عن البيئة الاجتماعية للإنسان.

٥) نظرية إريك فروم Fromm:

يذهب "فروم" إلى أن مبعث القلق هو ذلك الصراع بين حاجة الفرد إلى التقرب من والديه وبين حاجته للاستقلال عنهما، فحينما يحاول الاستقلال يشعر أنه ضعيف الإمكانات فى مواجهة مسؤوليات حياته وغير قادر على تحمل المسؤولية[2].

٦) نظرية سوليفان Sulivan:

يرى "سوليفان" أن اتجاهات الناس نحو الطفل لها أثرها الشديد فى اتجاهات الطفل نحو نفسه، لأن ذات الطفل تتكون من التقديرات التي تنعكس على ذاته، وعن ذلك ينشأ القلق، وهذا من شأنه أن يدفع الطفل إلى الانتباه إلى أنواع السلوك الذي ينال الاستحسان والسلوك الذي لا ينال الاستحسان حتى يستطيع دائمًا التمتع بحالة الانشراح وتجنب العقاب[3].

---

(1) Reichmann. 1996 . p.131.

(٢) عصام عبداللطيف، ١٩٩١، ص٣٣.

(٣) أحمد رفعت، ١٩٨٧، ص٣٩.

كما يرى سوليفان أن الإنسان السوى يتغلب على الشعور بالقلق عن طريق تدعيم أو تغذية الروابط الاجتماعية التى تربط الفرد بالأفراد الآخرين الذين يرتبط معهم بعلاقات مختلفة، وأن الفرد يستطيع أن يتجنب الشعور بالقلق عند نجاحه في تقوية هذه الروابط الاجتماعية، وعند نجاحه في تحقيق درجة معينة من الانتماء للمجتمع الذي يعيش فيه، وفي ذلك يقول سوليفان: "نستطيع أن نرى أنفسنا كما يرانا الآخرون، ونستطيع أن نشعر بأنفسنا وأن نخبر بالآخرين من خلال شعورنا بهم"(1).

(ب) النظريات السلوكية للقلق:

يرى أصحاب نظرية التعلم أن القلق خوف مكتسب، فمصدر القلق لديهم يكمن خارج الفرد نفسه متمثلاً فى المواقف المختلفة التي يتعرض لها، فهم يرون أن القلق يتم إشراطه إشراطًا تقليديًا لعدد من المنبهات الخارجية.

وبما أن القلق والخوف مكتسبان فإنه يمكن إبطاله عن طريق إعادة الإشراط، كما أن القلق يعد دافعًا مكتسبًا أو قابلاً للاكتساب، وهو يرتبط بفكرة الصراع الانفعالي الشديد، ولكن الصراع هذا شعوري. وينتج القلق من خلال التنشئة الاجتماعية. فالطفل يقلقه احتمال فقدان حب والديه(2).

كما يرى رواد السلوكية أن القلق المرضى استجابة مكتسبة، وقد ينتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، وقد ذكرت أمثلة للمواقف العادية التي يمكن أن تؤدى إلى القلق منها مواقف ليس فيها إشباع، فقد يتعرض الفرد منذ طفولته لمواقف يحدث فيها خوف وتهديد، ولا يصاحبها تكيف ناجح، ويترتب على ذلك مثيرات انفعالية أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبه من توتر وعدم استقرار.

(1) Sapp., 1996, p 81.
(2) Keedwell. & Snaith.1996.p 171

١- السلوكية التقليدية:

ينتمي هذا التيار الفكري إلى دولارد Dollard وميللر Miller وسافر Saffer وشوبن Shopen، والسلوكيون لا يستخدمون مفاهيم التحليل النفسي من شعور ولاشعور فقد رفضوها صراحة، ثم هم لا يتحدثون عن الشخصية في ضوء الهي والأنا والأنا الأعلي، فالشخصية في نظرهم عبارة عن تنظيم من عادات معينة يكتسبها الفرد في أثناء نشأته، ولكن على الرغم من الاختلافات بينهم، إلا أنهما يشتركان في أن القلق يرتبط بماضي الإنسان وما واجهه في أثناء هذا الماضى من خبرات، وهما يتفقان أيضًا على أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد، وأن الاختلاف بين الاثنين يكمن في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد، في حين أن مصدر القلق أو سببه يخرج من مجال إدراك الفرد، أي: أن الفرد ليس واعيًا بما يثير قلقه[1].

فالقلق في السلوكية يظل مرتبطًا بالصراع، لا يختلف في ذلك كثيرًا عن التحليل النفسي، وأن نمو الصراع هنا شعوريًا يبعث باستشارته الكدرة و دافعيته القوية مسالك من المحاولات والأخطاء يتمخض إحداهما عن خفض التوتر فيكون التعزيز، وأيا كان هذا السلوك سويًا أو عصابيًا يتخذ صورة من صور الأعراض المرضية، فإن الفرد ينجح في تجنب القلق، وطالما أن الصراع ينطوي على استثارة قوية كدرة يتميز بالدافعية الشديدة، فإنه يتحتم هنا التميز بين مستويات مختلفة من التوتر الناشئ عن هذا الصراع، وفي ذلك يؤكد شافر وشوبن على العلاقة الوثيقة بين القلق والصراع، فالقلق هو خوف من الرعب والأمل بالنسبة إلى المستقبل، والصراع خبرة من القلق الذي يمثل

(1) Sapp. M. 1996. p.83

تهديداً بخطر يمكن أن يحدث في المستقبل. وعندما يفشل الفرد في البلوغ إلى هذه الأعراض يصاب عندئذ بعصاب القلق[1].

٢ - السلوكية الحديثة:

أما "وولبى" Wolpe فيعتبر القلق من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن العضوي، وهو السبب الكامن وراء تعلم جميع العادات السيئة والاضطرابات السلوكية، ويعتبر وولبى أن الأعراض المرضية هى استجابات تجنب قلق، وهو لا يفرق بين القلق والخوف ويعتبرهما مترادفين، وهذه وجهة نظر يمثلها كل من ليفيت وولبى وأيزنك، وهم يرون أن الخوف والقلق يمثلان شيئا واحدا ، حيث يمكن اعتبار كل منهما مرادفين للآخر ومتحدين معه في المعنى[2].

(ج) النظريات المعرفية للقلق:

يرى أصحاب هذا المنحى أن الحوادث والمشكلات ليست هى التي تسبب القلق أو الإجهاد ، ولكن تفسير الفرد لهذه الأحداث هو الذي يقود إلى تلك المشكلات، ويقرر أصحاب النظريات المعرفية أن القلق يستمر عبر تقدير خاطئ، أو فى غير محله لموقف يؤدى إلى إدراك الخطر.

بالإضافة إلى التحليل غير المعقول والأنماط الخاطئة فى التفكير، وتجدر الإشارة إلى أن العلاج المعرفي يستخدم - فضلاً عن فنياته الخاصة - بعض الأساليب السلوكية بوصفها جزءًا أساسيًا فى عملية العلاج.

ويرى "بيك" أن القلق المرضى ينشأ من الإفراط فى تقدير الخطر عبر واحد أو أكثر من الأبعاد التالية:

---

(١) عزيز حنا ومحمد الطيب وناظم العبيدي، ١٩٩١، ص ٢٨٦.

(٢) انظر: ماهر أبو هلال، ١٩٩٧، ممدوحة سلامة، ١٩٨٤.

١- التقدير المفرط للتغيرات الناتجة عن حادث ينطوى على الخوف.
٢- التقدير المفرط لحدث يتسم بالشدة والعنف وينطوى على الخوف.
٣- التقليل من قدرة الفرد على التغلب على الخطر ومواجهته.
٤- التقليل من قدرة الأفراد الآخرين على تقديم المساعدة.

ويقرر "بيك" أن الأفكار المثيرة للقلق تأتى عبر واحد أو أكثر من أنواع أربعة عامة من التفكير الخاطئ كالتالي:

١) التفكير المأساوى:

حيث تكون الكارثة هى المحصلة التي يمكن التنبؤ بها عندما يتوقع الشخص القلق والخطر أو مواجهة المشكلات.

٢) التفكير المبالغ:

يرى الفرد ـ فى هذا النوع من التفكير ـ أن أى أخطاء بسيطة أو نواقص تصبح فشلاً مطلقًا أو أخطاء مميتة.

٣) التفكير المفرط فى التعميم:

فى هذا النوع تترجم أى تجربة صعبة إلى قانون عام متحكم فى مجمل وجدان الفرد.

٤) التفكير السلبى:

فيه يتم التغاضى عن كل النجاحات الماضية والمصادر الشخصية ومواطن القوة[١].

---

(1) Keedwell. & Snaith.1996.p.171.

(د) المذهب الإنساني والقلق:

يرى أصحاب هذا المذهب ـ الذي هو مزيج بين الاتجاه الوجودي والإنساني في علم النفس الحديث ـ أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الفرد وإنسانيته، وبهذا يختلف أصحاب هذا الاتجاه اختلافاً جذرياً مع النظرية السلوكية ونظرية التحليل النفسي.

كما يرون أن القلق ينشأ من إدراك الفرد بحتمية النهاية، ووعيه بأنه يعيش حياة ليس فيها ما يستطيع أن يؤكد حدوثه، وأن المستقبل قد يأتي معه من الأحداث ما قد يهدد وجود الفرد، وحيثما يتوقع الفرد هذه الأحداث ينشأ القلق بحيث تصبح أي محاولة لتفسير القلق على ضوء الماضي محاولة غير كافية ومضللة[1].

(هـ) التوجه الفينومنولوجي والقلق:

يشمل هذا التوجه على ثلاث مدارس، أو توجهات رئيسية تتمثل في التوجه المتمركز على الشخص (العميل) عند روجرز Rogers، والتوجه الجشطلتي عند بيرلز Perls، والتوجه الوجودي بتفريعاته العديدة التي من أشهرها علاج الكينونة المليئة عند بنزفانجر Binswenger، والعلاج بالمعنى الوجودي عند فرانكل Frankl [2].

ويعتبر "كارل روجرز" Rogers من أبرز ممثلي هذا التيار حيث يؤكد أن الفرد يسعى دائماً للمحافظة على حالة من التجانس بين مفهومه لذاته وإدراكه للخبرة، ويشعر الفرد بالتهديد عندما لا يتطابق مفهومه لذاته مع خبراته الفعلية.

---

(١) عبدالسلام عبدالغفار، ١٩٨٢، ص١١٩.

(٢) عصام عبداللطيف، ١٩٩١، ص٣٧.

١- التوجه المتمركز على العميل (روجرز):

يفترض روجرز أنه من المحتمل أن يشعر الفرد بالتهديد دون أن يعي عدم التطابق بين الذات والخبرة[١] ، كما يرى روجرز أن القابلية للقلق إنما تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكيان العضوى وبين مفهوم الذات.

فالاضطراب يأتى عندما تكون الأحداث التي يتم إدراكها على أنها تنطوي على دلالة بالنسبة للذات تتعارض مع انتظام الذات، وفي هذه الحالة فإن الأحداث إما أن تلقى الإنكار أو تلقى تحريفاً إلى الحد الذي تصبح معه صالحة للتقبل، ويغدو التحكم الشعورى أكثر صعوبة، عندما يناضل الكائن إشباعاً لا يحظى شعوريًا بالاعتراف، بمعنى أنه يناضل استجابة لخبرات تلقى الإنكار في الذات الشعورية، عندئذ يوجد التوتر، فإذا ما أصبح الفرد بأية درجة على وعى بهذا التعارض فإنه يشعر بالقلق، وبأنه غير متحد أو غير متكامل، وبأنه غير متيقن من وجهاته، وعدم المطالبة أو عدم الملائمة ما بين إمكانات الفرد ومنجزاته بهما بين المثالية والذات الممارسة. إنما هو الذي يولد انخفاض تقدير الذات والشعور بالذنب والقلق[٢].

٢- التوجه الجشطلتى (بيرلز):

في الطبيعى عند "بيرلز" أن تصبح قلقًا إذا كان عليك أن تتعلم طريقة جديدة في السلوك، إن القلق هو الإثارة، هو دفقة وحماسة الحياة التى نحملها معنا، والتى يصيبها الركود إذا اعترانا الشك بالنسبة للدور الذي علينا أن نلعبه.

كما يذكر "بيرلز" أن القلق هو الهوة التى توجد بين الآن وحينئذ فإذا كنت في الآن، فلا يمكن أن تكون قلقًا لأن الإثارة تتدفق فورًا بالنشاط

(١) عصام عبدالنطيف، ١٩٩١، ص٣٧.
(٢) سامية القطان، ١٩٨٦، ص٦٤٢.

التلقائى الحادث، وإذا كنت تعيش في الآن فأنت خلاق مبتكر، فكلما ابتعدت عن ركيزة الحاضر المؤكد بأمنه، وانشغلت بالمستقبل كلما خبرت القلق، ويوضح بيرلز مثالاً لذلك متسائلاً:إذا كان المستقبل يمثل القيام بأداء معين، فإن هذا القلق ليس سوى رهبة المسرح، فإذا روعتك التوقعات الكارثة بكل المصائب التى ستحدث، وعندما لا تستطيع ملء وقت الفراغ فحينئذ يكون القلق(1).

٣ – التوجه الوجودى:

أما أصحاب التوجه الوجودى فيرون أن القلق خاصة إنسانية أساسية، وأنه ليس بالضرورة باثولوجيًا، لأنه يمكن أن يكون قوة دافعية عارمة تحفز على النمو والازدهار، فالقلق هو نتاج الوعى بالمسؤولية عن الاختبار والقلق كخاصية أساسية هو استجابة للتهديد، إنه يتأصل في لب الوجود، إنه ما يشعر به الفرد عندما يتعرض وجود الذات بالتهديد وبقدر ما يشرع العميل - أثناء العلاج - في تعلم الثقة بنفسه، فإن قلقه الذي ينجم عن توقعه الكارثة يصبح أقل، ويتضح مما سبق أن التيار الوجودى كان الأسبق في توضيح أهمية القلق كدافع للإنجاز وطاقة لمواجهة المواقف الجديدة(٢).

والفرد الحر هو المسؤول عن اتخاذ قرارته بنفسه دون أن يتأثر بما يصنعه الآخرون أو بمحاولتهم للضغط عليه في أى اتجاه، ومثل هذه الحرية يهرب منها الكثيرون، لأنها تجعل الشخص يواجه حيرة الاختيار بين عدد من الممتلكات التى يفترض وجودها(3).

(1) Andrew & Christopher.1995

(٢) سامية القطان، ١٩٨٦، ص٦٤٥.

(3) Lundervold . et al. 2008

ولهذا فإن القلق الوجودى ـ على عكس القلق العصابى ـ لا يعيق الفرد عن الفعل، بل هو شرط لهذا الفعل، لأن الفعل يفترض وجود عدد من الممكنات يختار من بينهما كما يرى ذلك سارتر(١).

وهذا القلق الوجودى ينشأ لدى الفرد عندما يواجه موقفاً عليه أن يتصرف فيه، أو يتخذ إزاءه قرارت يختار منها بين عدد من الممكنات دون أن يكون هناك معايير محددة من قبل مشكلاً، مما يدفعه إلى حل هذا الإشكال، هذا التوتر النفسى الذي يزداد حدة إلى أن يصل إلى حد القلق عندما يكون الموقف غائمًا لا تتبدى ملامحه، ويظل هذا التوتر إلى أن وتتبدد الغيوم وتسود الموقف عناصر الانتظام(٢).

(و) القلق في النظرية الفسيولوجية:

لقد أوضحت الدراسات أن هناك ثلاثة مواقع أساسية في المخ هى المسؤولة عن تنظيم القلق عند الإنسان، وهى المنطقة الجبهية (الأمامية)، والغدة اللوزية، وأخيرًا منطقة ما تحت المهاد Hypothalamus في منطقة تحت القشرة المخية، فعند تعرض الإنسان لانفعال ما، يبدأ المخ في التعامل مع هذا الانفعال بواسطة القشرة قبل الجبهية (الأمامية)، والتى تقوم بالتقييم المعرفى لهذا الضغط، ثم ينتقل العمل إلى الغدة اللوزية التى تعمل على توليد استجابة الخوف، بعد ذلك يحدث تنبيه لغدة ما تحت المهاد أو الهيبوثلاموس، والتى تعمل على تنظيم الانفعالات والوظائف الأساسية للأحشاء فهى المسؤولة عن الاستجابات الانفعالية والسلوكية المتكاملة(٣).

وأشار "سليفرستون وتيرنر" Silverstone & Turner إلى الأسباب الفسيولوجية المولدة للقلق حينما أوضحا أنهما عندما قاما بتنشيط للمناطق

(1) Suhr,1999,P 33.
(2) Ibid, p.40
(3) Lundervold et al., 2008

الخلفية للهيبثولا موس في المعمل - مع الحيوانات - قد أدى إلى سلوك يتسم بردود الأفعال المليئة بالذعر والفزع، وأن تنشيط نفس المنطقة للكائنات البشرية أدى إلى مشاعر سارة[1].

ويفصل "أحمد عكاشة" في التفسير الفسيولوجي للقلق، ويشير إلى أن أعراض القلق تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى بنوعيه السمبثاوى والباراسمبثاوى. ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم، ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوى أن يرتفع ضغط الدم، وتزيد ضربات القلب، وتجحظ العينين، ويتحرك السكر في الكبد، وتزيد نسبته في الدم، مع شحوب في الجلد، وزيادة العرق، وجفاف الجلد، وأحيانًا ترتجف الأطراف، ويعمق التنفس[2].

أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسمبثاى وأهمها كثرة التبول والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية واضطراب النوم، ويتميز القلق فسيولوجيا بدرجة عالية من الانتباه واليقظة المرضى في وقت الراحة، مع بطء التكيف للكرب أى: أن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد، نظرًا لصعوبة التكيف في مرض القلق، والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبى اللاإرادى هو الهيبوثلاموس، وهو مركز التعبير عن الانفعالات وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوى، والذي هو مركز الإحساس والانفعال، كذلك فالهيبوثلاموس على اتصال بقشرة المخ لتلقى التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين

(١) إيهاب البيلاوى، ١٩٩٩، ص٥٤٢.
(٢) أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص١١٠.

قشرة المخ، والهيبوثلاموس، والمخ الحشوى من خلال هذه الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا[1].



(١) المرجع السابق، ص١١١.



الفصل الثالث

أعراض وعلاج القلق

الفصل الثالث

القلق النفسي أعراضه، وعلاجه

أولاً : المظاهر والأعراض الإكلينيكية للقلق

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادى Autonomic Nervous System بنوعيه السيمبثاوى Sympathetic والباراسيمبثاوى Parasympathetic، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين Adrenaline & Nor adrenaline في الدم من الجهاز السيمبثاوى فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب، وتجحظ العينين ويتحرك السكر في الكبد Liver وتزيد نسبته في الدم، مع شحوب الجلد وزيادة العرق، وجفاف الحلق وأحيانا ترتجف الأطراف ويعمق التنفس، أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسيمبثاوى فأهمها كثرة التبول والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم[١].

والقلق هو الشعور الدائم بالخوف والتوتر، كما يعتبر القلق أحيانا عرضا طبيعيا كالقلق الذي يعانيه الطلبة قبل الامتحانات، ولكن أحيانا يشتد القلق ويؤثر على نشاط الفرد، ولا يُعرف له سبب مباشر، وهنا يحتاج مثل هذا العرض للعلاج الطبي، وعادة ما يصاحب القلَق أعراض تنبيه في الجهاز العصبي اللاإرادى[٢].

ويعتبر القلق النفسي اضطرابًا انفعاليًا يتسم بالشعور بالتوتر الداخلي والخوف المستمر، ويصاحب ذلك أعراض جسيمة ونفسية مختلفة مثل:

(١) أحمد عكاشة، ١٩٩٨.

(٢) أحمد عكاشة، ١٩٨٢، ص١٨٥.

١) أعراض نفسية:

- **التوتر والاهتياج العصبي:** ويتمثل في الحساسية المفرطة للضوضاء والضجيج والأضواء، والتوتر العضلي، وسرعة الاستثارة، والتطير (التشاؤم) أو توقع الشر والخطر، وفقدان الأعصاب لأتفه الأسباب، فقد يصاب الفرد بالانزعاج الشديد لمجرد سماع طرق على الباب، أو رنين جرس التليفون متوقعًا حدوث كارثة أو حدث فاجع.
- **شرود الذهن:** وضعف القدرة على التركيز والنسيان، وتواتر الأفكار المزعجة وتزاحمها، والصعوبة في تنظيم المعلومات واستدعائها واستخدامها.
- **فقدان الشهية:** وصعوبات النوم، والأرق المستمر والأحلام والكوابيس المزعجة، والشعور بالهم وعدم الاستقرار مما يؤدى إلى الإرهاق الشديد والإعياء النفسي والجسدي.
- **تجنب المواقف الاجتماعية:** الميل إلى العزلة، وتناقص كل من الاهتمامات الترويحية والإقبال على الحياة، فضلاً عن عدم الشعور بالأمن والاستقرار.

٢) أعراض جسمية:

يذكر أحمد عكاشة أن الأعراض الجسمية هي أكثر أعراض القلق النفسي شيوعًا، حيث إن جميع أجهزة الجسم تتصل بالجهاز العصبي اللاإرادي الذي يحركه الهيبوثلاموس المتصل بمراكز الانفعال، فقد يؤدى الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز، وظهور أعراض عضوية في أعضاء الجسم المختلفة، وتتصل هذه الأعراض والمظاهر بكثير من الأجهزة الجسمية الوظيفية ومنها:

- **أعراض مرتبطة بالجهاز الدوري القلبى Cardiac Circulatory System:**

كسرعة دقات القلب Tachycardia. وآلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر، فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض، ارتفاع في ضغط الدم High Blood Pressure.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي Digestive System:**

فقدان الشهية، أو عسر الهضم وصعوبات البلع، والانتفاخ والغثيان والقيء، أو الإسهال أو الإمساك، المغص الشديد ونوبات التقيؤ التي تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة، والخلل فى الوظائف المعدية يؤدى إلى قرحة المعدة.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي Respiratory System**

ضيق الصدر، عدم القدرة على استنشاق الهواء، سرعة التنفس والنهجان Hyperpnoea، وربما أدت سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون، وتغيير حموضة الدم، مما يعرض الفرد للشعور بتنميل الأطراف، وتقلص العضلات، والدوار والتشنجات العصبية وربما الإغماء.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي والحركي:**

الآلام العضلية بالساقين والذراعين،والظهر والرقبة، الإعياء والإنهاك الجسدي والتوتر والحركات العصبية، الرعشة وارتجاف الصوت وتقطعه.

- **أعراض مرتبطة بالجهاز البولي Urinary System والجهاز التناسلي Genital System :**

كثرة التبول والإحساس بالحاحه لاسيما في حالة الانفعالات الشديدة، وفى المواقف الضاغطة، وربما يحدث احتباس للبول على الرغم من الرغبة الشديدة في التبول تناقص الاهتمامات الجنسية والخلل في الوظائف الجنسية، وربما فقدان المقدرة الجنسية، كالعنّة عند الرجال أو ضعف الانتصاب، وعند المرأة البرود الجنسي، واضطرابات الطمث وعدم انتظامه.

- **أعراض جلدية:**

غالبًا ما يكون القلق النفسي عاملاً أساسيًا في نشأة كثير من الأمراض الجلدية، كحب الشباب والإكزيما والبهاق والصدفية وسقوط الشعر والأرتكاريا.

٣) أعراض نفسية جسمية:

وتتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية، أي: تلك الأعراض العضوية التي يسببها القلق أو يقوم بدور مهم في نشأتها، أو في زيادة أعراضها كالذبحة الصدرية، والربو الشعبي، وجلطة الشرايين التاجية، وروماتيزم المفاصل، والبول السكري، وقرحة المعدة والاثنى عشر، والقولون العصبي، والصداع النصفي، وفقدان الشهية العصبي[١].

وبالنظر إلى هذه الأعراض يتبين أن أسباب القلق الفسيولوجية هى نشاط الجهازين السيمبثاوى والباراسمبثاوى خاصة الأول ومركزه في الدماغ في الهيبوثلاموس Hypothalamus، وهو في وسط دائرة من الألياف العصبية الخاصة بالانفعال، وتؤدى هذه الأجهزة نشاطها من خلال هرمونات عصبية، ولهذا فمن الممكن وقف هذه الأعراض بإعطاء عقاقير مانعة ومضادة لهذه الهرمونات[٢].

من خلال الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا، فإذا أخذنا في الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية، وأن الهرمونات العصبية المسؤولة عن ذلك هى هرمونات الدوبامين Dopamine، والنورأدرينالين والسيروتونين Serotonin، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء آخر في المخ، مع وجود أسيتيل كولين Acetylcholine في

(١) أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص١١٥.
(٢) أحمد عكاشة، ١٩٨٢، ص٢٨٣ – ٢٨٤.

قشرة المخ، وأن النظرية الحديثة في أسباب معظم الأمراض النفسية والعقلية هى اضطراب هذه الهرمونات العصبية، كل ذلك يجعلنا نؤمن أنه من الممكن التأثير في الانفعالات المختلفة خصوصا القلق والاكتئاب بإيجاد نوع من التوازن في هذه الهرمونات، وذلك هو ما يحدث بالعقاقير المضادة للقلق والاكتئاب، بل إن الجلسات الكهربائية Electric Shock تحدث تأثيرها بتغيير الشحنات الكهربائية، وبالتالى الهرمونات العصبية، وأحيانا نلجأ لقطع الألياف العصبية الموصلة بين قشرة المخ Dura والهيبوثلاموس والمخ الحشوى، لتقليل الانفعالات الشديدة، وذلك عن طريق عملية جراحية، وقد يظهر القلق كعرض فى معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية ويكون علاجه بالتالي علاج المرض المسبب له[1].

اضطراب الهلع:

يتطلب تشخيص اضطراب الهلع معاناة أربعة أعراض على الأقل من الأعراض التالية خلال نوبة فزع واحدة على الأقل، ويكون الهلع فيها غير متوقع، ولم يستثر بواسطة سبب عضوي أو ظروف غير محددة، وعلى أن تحدث أربع نوبات هلع على الأقل خلال فترة أربعة أسابيع، والبديل أن تحدث نوبتان يليهما شهر على الأقل، يكون فيها المفحوص فزعًا من تكرارها، وأن تصل نوبات الهلع إلى أقصى حد خلال عشر دقائق. وهذه الأعراض هى:

١- صعوبة في التنفس.
٢- الاختناق.
٣- خفقان القلب أو الشعور بتسارع ضربات القلب.
٤- التعرق.
٥- الشعور بالإغماء.

(١) أحمد عكاشة، ١٩٩٨.

٦- الشعور بالدوار وخفة الرأس وعدم الاتزان.

٧- الرغبة فى التقيؤ أو الشعور بعدم الراحة فى المعدة.

٨- الشعور بعدم الواقعية.

٩- آلام أو مشاعر بعدم الراحة فى الصدر.

١٠- الخدر أو فقدان الإحساس أو إحساس بالوخز.

١١- إحساسات بالسخونة والبرودة.

١٢- الارتعاش والارتجاف.

١٣- خوف الشخص من كونه يموت.

١٤- خوف الشخص من فقدان التحكم في النفس، وأن يصبح مجنونًا.
(انظر: صفوت فرج، ٢٠٠٠، ص١٨١) .

ثانيًا: علاج القلـــــــق

الطريقة السلوكية:

تبنى كثير من الباحثين هذه الطريقة، حيث يفترض السلوكيون في علاج القلق أن الاضطرابات الانفعالية ردود فعل متعلمة يتغلب بها الشخص على مختلف المواقف العصبية، وعند العلاج يضعون في حيز التطبيق مبادئ التعلم - وعدم التعلم - وتوجد عدة مداخل رئيسة في العلاج السلوكي، منها الإشراط المضاد، والذي يُعد كسرًا للرابطة بين منبه واستجابة معينة حدث لهما إشراط تقليدى، ويستخدم الإشراط المضاد ثلاث طرق أساسية منها أسلوب التحصين التدريجي الذي تطورت طريقته في الإشراط المضاد على يد " وولبى " J.Wolpe عام ١٩٥٨، حيث توصل إلى عدد من الاستجابات التي تكف القلق منها استجابات الاسترخاء، حيث يتعلم المريض الاسترخاء في بضع جلسات تبدأ بإدراكه لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها، ويبدأ التدريب بعضلات الذراع عادة حتى تشمل جميع المجموعات العضلية في الجسم، كما يتعلم المريض أن يتنفس تنفسًا هادئًا منتظمًا، وأن تسترخي جميع أطرافه وكل عضلات جسمه، ويعرف المعالج العميل بأن الاسترخاء يناقض القلق مباشرة، ويطلب منه أن يمارسه بين الجلسات، ويشجعه على تحقيق الاسترخاء لكل العضلات التي لا تكون فى حالة استخدام أو نشاط في جميع الأوقات (الاسترخاء الفارق)، مع ضرورة التأكيد على الاسترخاء حينما يتعرض للقلق بصفة خاصة عن طريق بعض المنبهات، ويخبر المريض بأن كفاءة هذا المنهج العلاجي بأسره تتوقف على قدرته على أن يقوم بكفاءة باستبدال الاسترخاء باستجابات القلق[1].

---

(١) أحمد عبدالخالق، ١٩٩٧، ص٥٦٨ - ٥٦٩.

الإطار العام لبرنامج علاج اضطراب القلق العام متعدد المكونات، وتعد الجلسات المبدئية من أهم الجلسات على الإطلاق، لأنها تمدنا بأساس العمل العلاجي، وتضع لنا صورة دقيقة وتفصيلية لما يجب علينا عمله واتباعه أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي.

ويجب أن تتضمن الجلستان الأوليان العناصر التالية:

١- وصف لتوقعات الحالة وتوقعات المعالج.

٢- وصف لعناصر القلق الثلاثة (الفيزيولوجية، والمعرفية، والسلوكية)، وتطبيق النموذج النظري ثلاثي الأنساق على الأعراض النفسية التي تبديها الحالة (مثل مناقشة أعراض القلق الجسمية التي تشكو منها الحالة، ومحتوى الانزعاج).

٣- مناقشة طبيعة القلق (التي منها القلق التوافقي وغير التوافقي، والأعراض الطبيعية غير المرضية).

٤- وصف منطق العلاج ومكوناته.

٥- تعليمات استخدام نماذج المراقبة الذاتية.

إن حضور الجلسات بشكل منتظم ومتابعة القيام بكل الواجبات المنزلية التي يقدمها المعالج للحالة بين الجلسات أمر ينبغي التأكيد عليه، لأنه فى غاية الأهمية، بل ويمثل جوهر علاج القلق والاكتئاب (Lundervold; Buermann and Talley,2008)

ويقدم المعالج للمرضى فكرة عامة لما يتوقعونه على ضوء استجابتهم للعلاج فيما يلي من أسابيع (مثال ذلك: إن التحسن لا يحدث بشكل سريع ومباشر، ومن المحتمل أن تحدث زيادة مبدئية بسبب تخوف الحالات من طبيعة العلاج، ولكن سرعان ما تنقص وتزول).

مدرج القلق Anxiety Hierarchy:

هو قائمة من الأشياء أو المواقف التي تثير القلق لدى المريض، ويقوم المعالج مع المريض بتكوين هذه القائمة عن طريقين: المواقف والأشياء التي يذكرها المريض بنفسه، أو يطلب منه تدوينها، وعلى ضوء إجابة المريض عن بعض الاستخبارات مثل "قائمة ويلوبى للميل العصابى" أو "قائمة مسح المخاوف"[1].

بعد ذلك ترتب هذه المواقف تبعًا لشدتها أي: لمدى إثارتها للقلق لدى المريض، وذلك على شكل هرمي متدرج يبدأ من أقلها إثارة للقلق أو الخوف، وينتهي بأعلاها، وفيما يلي نموذج لمدرج قلق لمريض يشكو من الخوف المرضى من القطط:

١. قراءة مقال عن القطط في مجلة.
٢. مشاهدة صور فوتوغرافية للقطط.
٣. الوقوف خارج بيت القطط في حديقة الحيوان.
٤. الوقوف إلى جوار قفص القطط داخل بيت القطط.
٥. وضع اليد فى القفص دون لمس القطط.
٦. لمس القطط باليد.

نموذج إطار خطة علاج اضطراب القلق العام:

اقترحت مولفة هذا الكتاب عددًا من الجلسات موجهة للأخصائيين النفسيين والعاملين في المجال يتم اتباعها لعلاج القلق كما يلي:

الجلسة الأولى:

- تحصل الحالة على وصف القلق والانزعاج.
- يحيط المعالج الحالة علمًا بطبيعة القلق والانزعاج.

(1) Sapp, 1996, p.81

- يصف لها نموذج القلق النظري ثلاثي الأنساق.
- يزودها بعرض للعلاج (من قبيل عرض أهمية المراقبة الذاتية، والواجبات المنزلية، والحضور المنتظم).
- يزودها بمنطق العلاج.
- يحدد لها الواجب المنزلي، الذي تعكسه عمليات المراقبة الذاتية.

الجلسة الثانية:

- مراجعة عمليات المراقبة الذاتية.
- مراجعة طبيعة القلق، والنموذج النظري ثلاثي الأنساق.
- مناقشة المكون الفسيولوجي للقلق.
- مناقشة العوامل التي تسبب استمرار المعاناة من اضطراب القلق العام.
- تحديد الواجب المنزلي، وتعكسه عمليات المراقبة الذاتية.

الجلسة الثالثة:

- مراجعة نماذج المراقبة الذاتية.
- مناقشة منطق المجموعات العضلية الست عشرة التي تخضع للاسترخاء العضلي العميق.
- ممارسة تمرين الاسترخاء خلال الجلسة مع الاستعانة بشريط تسجيل عند ممارسته في المنزل.
- تحديد الواجب المنزلي، مراقبة ذاتية، وتمارين الاسترخاء العضلي.

الجلسة الرابعة:

- مراجعة نماذج المراقبة الذاتية، وممارسة تمارين الاسترخاء.
- ممارسة الاسترخاء العضلي للمجموعات العضلية الست عشرة وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.

- تعريف الحالة بدور المعارف والإدراكات فى استمرار القلق (مثل التحدث عن طبيعة الأفكار الآلية، مع ضرب أمثلة مما تذكره الحالة).
- وصف وحساب احتمالات صدور معارف وإدراكات وأفكار الحالة المبالغ فيها.
- تعريف الحالة بصيغة المراقبة المعرفية لأفكارها.
- تحديد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية (قلق، ومراقبة معرفية، ومقاومة الأفكار)، وتمرينات الاسترخاء.

الجلسة الخامسة:

- مراجعة للمراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء، ومقاومة احتمالات المبالغة فى التقدير.
- تدريب ثماني مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.
- وصف المعارف والإدراكات المأساوية وكيفية مقاومتها.
- حدد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية (للقلق، والمراقبة المعرفية، وطرق مقاومتها)، وتمارين الاسترخاء.

الجلسة السادسة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، نتائج تمارين الاسترخاء، ومقاومة الأفكار السلبية (احتمالات المبالغة فيها، وتقليل أثر الانزعاجات بوضعها فى حجمها الحقيقي).
- تدريب ثماني مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.
- راجع ضروب وأنواع المعارف المسببة للقلق وطرق مقاومتها.

- حدد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية (قلق، ومراقبة معرفية، مقاومة مضادة)، وتمارين الاسترخاء.

الجلسة السابعة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء، والمقاومة المضادة للأفكار السلبية.
- درب أربع مجموعات عضلية على الاسترخاء العضلي العميق.
- عرف الحالة بكيفية التعارض وتصور الانزعاج (كالتدريب على التخيل، وترتيب مجالات الانزعاج ومصادره، وذلك خلال جلسة للتدريب على تخيل مصادر الانزعاج ومجالاته).
- حدد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية، (قلق، ومراقبة معرفية، وطرق مواجهة الأفكار السلبية ومقاومتها)، وممارسة تمارين الاسترخاء، والتعرض لمصادر الانزعاج يوميًا.

الجلسة الثامنة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء، والمواجهة والمقاومة المعرفية، وتمارين التعرض للانزعاج.
- عرف الحالة بكيفية الاسترخاء باستحضاره ذهنيًا (وليس من خلال الممارسة البدنية الفعلية)
- راجع منطق التعرض للانزعاج.
- درب الحالة على التعرض للانزعاج أثناء الجلسة.
- حدد الواجب المنزلي:مراقبة ذاتية (قلق، ومراقبة معرفية، ومقاومة للأفكار السلبية)، وتمارين تعرض للانزعاج، واستحضار الاسترخاء ذهنيًا.

الجلسة التاسعة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، ومقاومة مضادة معرفية، والتعرض للانزعاج، واستحضار الاسترخاء ذهنيًا.
- مارس الاسترخاء ذهنيًا.
- عرف الحالة كيفية الوقاية من سلوك الانزعاج (مثال ذلك، المنطق، وتوليد قائمة من سلوكيات الانزعاج، وتطوير تمارين ممارسات الوقاية السلوكية.
- حدد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية، (قلق، ومراقبة معرفية، ومقاومة للأفكار السلبية)، وتعرض للانزعاج، والوقاية السلوكية من الانزعاج، واستحضار الاسترخاء ذهنيًا.

الجلسة العاشرة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، ومقاومة مضادة معرفية، والتعرض للانزعاج، ووقاية سلوكية من الانزعاج، واستحضار الاسترخاء ذهنيًا.
- عرف الحالة كيفية الاسترخاء والتحكم فيه وضبطه بهادية من الهاديات.
- حدد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية (قلق، ومراقبة معرفية، ومقاومة)، وتعرض للانزعاج، ووقاية سلوكية من الانزعاج، واسترخاء وفق هادية تضبطه.

الجلسة الحادية عشرة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، ومقاومة معرفية، وتعرض للانزعاج، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج، واسترخاء بإشارة أو بهادية.
- مارس الاسترخاء الموجه بهادية.
- عرف الحالة بكيفية إدارة الوقت، وحل المشكلات.

- حدد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية (قلق، ومراقبة معرفية، ومقاومة)، وتعرض للانزعاج، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج، واسترخاء موجه بهادية.

الجلسة الثانية عشرة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، ومقاومة معرفية، وتعرض للانزعاج، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج، واسترخاء موجه بهادية.
- عمم أساليب الاسترخاء.
- مارس إدارة الوقت، وحل المشكلات.
- حدد الواجب المنزلي: مراقبة ذاتية (قلق، ومراقبة معرفية، ومقاومة)، وتعرض للانزعاج. ووقاية سلوكية ضد الانزعاج، واسترخاء موجه بهادية، وإدارة الوقت، وممارسة حل المشكلات.

الجلسة الثالثة عشرة:

- مراجعة: مراقبة ذاتية، ومقاومة معرفية، وتعرض للانزعاج، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج، وأسترخاء موجه بهادية، وإدارة الوقت، وممارسة حل المشكلات.
- مارس الاسترخاء الموجه بهادية.
- راجع المهارات والأساليب.
- ناقش طرق التطبيق المستمر لكل الأساليب التي يشتمل عليها برنامج علاج اضطرابات القلق لعام[1].



(١) بارلو، ٢٠٠٢، ص٣٨٤.



الفصل الرابع

الاسترخاء العضلي

تعريفه، وأنواعه

الفصل الرابع
الاسترخاء العضلي تعريفه وأنواعه

مقدمة:

يذكر "جوناثان سميث" إن التدريب على الاسترخاء يرجع إلى الحضارات القديمة، فمئات من التقنيات والأساليب تم استنباطها من التقاليد الدينية السحرية والعلوم، واليوم أصبح الاسترخاء من أكثر التقنيات انتشارًا فى السيطرة على الضغوط والتحكم فيها، وله أهداف أشمل بكثير مثل:

ويعتبر الاسترخاء مصدرًا لنفاذ البصيرة للمساعدة على تعرف تعقيدات المشكلات المرتبطة بالضغوط، ويعد كذلك مصدرًا للطاقة اللازمة لحل هذه المشكلات[1].

كما تذكر "مارثا ديفيز" أنه لا يمكنك الشعور بالدفء والصحة فى نفس الوقت الذي تعانى فيه من التوتر النفسى، لذلك فالاسترخاء يقلل من ضربات القلب، ويقلل من ضغط الدم، ويخفض من إفراز العرق، ويقلل أيضًا من عملية التنفس، والاسترخاء العميق للعضلات ـ عند القيام به بشكل جيد ـ يمكن استخدامه عقارًا مضادًا للقلق[2].

تعريف الاسترخاء Relaxation:

يعرف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى[3] الاسترخاء بأنه حالة خالية من التوتر، تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق والغضب والخوف المزعجة، وتنتشر فيها حالة من الهدوء، والاسترخاء أيضًا هو عودة العضلات إلى حالتها الطبيعية بعد فترة من التقلص.

---

(1) Smith, 1993, p.227.
(2) Davis, 1992, p.35.

(٣) جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفافى، ١٩٩٣، ص٣٢٠.

كما عرفا التدريب المتولد ذاتيًا بأنه أسلوب من أساليب الاسترخاء، حيث يحدث الفرد في نفسه حالة شبيهة بالتنويم الإيحائي، ويتحقق الاسترخاء من خلال تمرينات فى التنفس، ومن خلال التخلص من التقلصات العضلية، والقيام بتمارين خاصة بالرأس والقلب والبطن، وتكون الطريقة عادة مصحوبة بأسلوب تأملي بغية تصحيح عدم الانتظام الوظيفي وللتنشيط العام العقلي والجسمي.

ويذكر عبدالستار إبراهيم[1] أن الاسترخاء توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للقلق، والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري، أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصًا ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة، لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات .

كما يعرف كمال دسوقى[2] الاسترخاء بأنه:

١- عودة عضلة إلى حال الراحة عقب انقباض.

٢- توتر منخفض مع غياب الانفعالات القوية.

٣- تهدئة أو تخفيض توتر عقلي، وتقليل الميل للقلق أو الخوف أو الغضب أو أية استجابة انفعالية يعتقد بأنها عنيفة جدًا، أو تسهل إثارتها بأكثر مما يلزم .

٤- الفنية المستخدمة فى العلاج النفسي لجعل العميل على راحته.

(١) عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٣، ص١٥٥.

(٢) كمال دسوقي، ١٩٨٨، ص١٢٥٨.

ويعرف "هوفمان" الاسترخاء العضلي بأنه طريقة فنية تندرج تحت أكثر المصطلحات شمولية: "الاسترخاء"، وقد صمم من أجل إتاحة الفرصة أمام الفرد لتحقيق الاسترخاء الكامل للعضلات والعقل، ويقول:

إن التشديد على مساعدة الفرد على تعلم الفرق بين طرفي التوتر والاسترخاء يتم عن طريق تشغيل سلسلة من "حركات التوتر – الاسترخاء" من أجل تحقيق استرخاء تام، كما أن الاسترخاء التام يتم الوصول إليه عن طريق إرخاء عضلات الفرد حتى تحت ظروف يمكن أن تحدث توترًا[1].

العلاج بالاسترخاء Relaxation therapy:

يعرف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى[2] علاج الاسترخاء بأنه استخدام أسلوب إرخاء العضلات بوصفه وسيلة لعلاج التوتر الانفعالي، وبخاصة في الحالات التي يكون التوتر فيها مصحوبًا بحالات مثل قرحة المعدة أو الربو أو تقلصات القولون أو سرعة نبضات القلب.

وتعرف "إيف بلاكبيرن" علاج الاسترخاء بأنه طريقة فنية تتعامل مع كل من التوترات العضلية والعقلية، والاسترخاء المنتظم يتم تدريسه عبر محاضرات أعدت بعناية حول كيفية تسجيل التوتر فى كثير من العضلات وكيفية الاسترخاء، بالإضافة إلى التدريب فى جلسات العلاج، فإن المعالج يمكن أن يسجل المحاضرات على "شريط كاسيت" يمكن للمريض استعماله فى المنزل بدون المعالج.

ويتم تشجيع المريض على ممارسة تمرينات الاسترخاء (لعضلات اليدين والساعدين والرقبة والأكتاف والوجه والمعدة والأفخاذ والساقين، وأخذ نفس عميق وزفير بصورة بطيئة) يوميًا مرة أو مرتين فى اليوم حسب الحاجة، حتى

---

(1) Hoffman, 1994 . p.446.

(٢) جابر عبدالحميد و علاء الدين كفافي، ١٩٩٣، ص٢٩٩.

النقطة التي يصبح فيها الاسترخاء مهارة جديدة يمكن تطبيقها في أي موقف دون تعليمات، سواء أكان الفرد يقود السيارة، أم كان مشغولاً في مشاغل اجتماعية، أو في مكان عمله[1].

التدريب على الاسترخاء:

يجب أن يكون الاسترخاء أكثر فعالية مما يطبق به حتى الآن مع التسكين المنظم، إذا ما تم تبني محكات أكثر صرامة، لتحديد حالة الاسترخاء ذاتها، غير أن نجاح التدريب على الاسترخاء في إحداث خفض للنشاط الفسيولوجي المناسب مازال من غير المؤكد.

وبالتالي ففي الحالات التي يؤدى فيها التدريب على الاسترخاء العضلي إلى خفض جوهري في المحكات الفسيولوجية والذاتية للتوتر خلال جلسات التدريب ذاتها، يكون هناك احتمال أنه فعال بوصفه إستراتيجية تعامل مع القلق والخوف.

ويتضمن التدريب على الاسترخاء الذي يوصى به على نطاق واسع، ممارسة العميل للتوتر ثم إرخاء مجموعات العضلات المختلفة واحدة بعد الأخرى، إلى أن يصبح قادرًا على الاسترخاء والتركيز على الإحساسات المقابلة مع الحد الأدنى من التعزيز الذي يقوم به المعالج.

وقد أكدت مراجعة مهمة على أهمية رد الفعل (عائد) المعالج حول جودة استرخاء العميل، وقد تكون تعليمات الاسترخاء المسجلة على شرائط ذات فائدة كبيرة في مساعدة المعالج في تدريب العميل على الاسترخاء[2].

(1) Blackburn.1995. p.65

(٢) صفوت فرج، ٢٠٠٠، ص٢٠٩.

الاسترخاء المتدرج Progressive relaxation:

يعرف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى[1] الاسترخاء المتدرج بأنه أسلوب توصل إليه "جاكبسون" E. Jacobson، حيث يدرب المريض على أن يسترخى تدريجيًا، وأن يحدث ذلك لجسمه كله، وذلك بأن يصبح على وعى بالتوترات فى المجموعات العضلية المختلفة، وأن يحقق الاسترخاء فى مجموعة عضلية بعد الأخرى حتى يصل إلى حالة الراحة والسلامة الصحية.

ويعرفه كمال دسوقى[2] بأنه طريقة تدريب يتمرن فيها الشخص على أن يرخى مجموعات عضلية – واحدة فواحدة – ابتداء من تلك التي يسهل التحكم فيها، حيث إن قوام هذه الطريقة تعليم المرضى كيف يرخون العضلات الهيكلية والاستجابات الحركية الوشيكة البدء الموجودة فى التوتر الأساسي وفى حالات القلق واختلاجات الوجه والأرق وما شابه ذلك.

ويذكر "تروفر، وسيمون" أن كثيرًا من الأساليب الإكلينيكية فى التدريب على الاسترخاء مبنية على تقنيات "جاكبسون"، وأن الممارسات الحديثة للاسترخاء تعرض بعضًا من تقنيات الاسترخاء الأصلية، ومن المألوف القيام بالتدريب على تقنيات الاسترخاء ما بين حلقة إلى ثلاث حلقات مع إجراء ما يلزم من تعديل بالممارسة فى تواريخ لاحقة.

ويتنوع الممارسون فى تقنياتهم، ولكن معظمهم يستخدمون مجموعات عضلية أقل مما هو متبع إجرائيًا، ويعتمد بعضهم على مجموعات تتكون من عشرين عضلة، وذلك من أجل تحسين التمرينات الجسمانية فى الاسترخاء، وأن زيادة عدد المجموعات العضلية فى التدريبات تم وضعها من أجل أن يتعلم

(١) جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٣، ص٢٩٩٥.
(٢) كمال دسوقي، ١٩٨٨، ص١٢٥٩.

الفرد بصورة تدريجية، لتحقيق مشاعر عميقة من الارتقاء والاسترخاء يشمل الجسم كله"[1].

التأثيرات المثيرة للكدر في الاسترخاء التدريجي:

يستطيع بعض المفحوصين، لسوء الحظ، أن يكونوا قلقين، وتحدث لهم نوبات هلع خلال الاسترخاء المتدرج، ربما لأن انتباههم متجه نحو النشاط الجسمي الذين أصبحوا قلقين بالفعل منه، أو لأنهم يشعرون بالاسترخاء يفقدهم التحكم في هذه الأنشطة، أو لأنهم يستخدمون الكثير من الجهود، وبالتالي يزيد من استثارتهم، أو أن الاسترخاء يخفض حدود انطلاق التفكير الانزعاجي لديهم.

وقد لاحظ بعض العلماء إمكانية إسهام الإفراط في التنفس في إحداث الهلع خلال الاسترخاء، وذكروا أن ذلك يمكن أن يستثير نوبات الهلع الليلي الذي يحدث مع الاسترخاء في بداية النوم.

وقد اقترحوا كنوع من العلاج محاولة استخدام أسلوب آخر للاسترخاء مثل التركيز على التخيل بصفة خاصة، وهناك بديل آخر يتمثل في ممارسة المفحوصين للاسترخاء التدريجي حتى يصبحوا أقل قلقاً نتيجة للتعرض لمؤشرات إحداث القلق في الاسترخاء، ويتعين النصح أيضاً بالتأكد من أن المفحوصين يتنفسون بطريقة طبيعية أثناء الاسترخاء، بمعنى أنهم لا يحبسون أنفاسهم أثناء بعض التمرينات، ثم يخرجونها بإطلاق زفير عميق، ويسهم ذلك في إحداث إفراط في التنفس، ويتضمن متوسط التنفس في المعتاد من ١٤ إلى ١٨ مرة تنفس في الدقيقة مع حركات المؤشر البياني"[2].

(1) Trevor & Simon.1990. p.94.

(٢) صفوت فرج، ٢٠٠٠، ص٢١٠.

تمارين الاسترخاء:

يعد الاسترخاء من المهارات الرئيسة التي يجب أن يتعلمها الفرد للسيطرة على الضغوط، ويمكن للاسترخاء أن يوفر للمريض استجابة تقاوم الاستثارات النفسية الفيزيولوجية عند مواجهة مواقف تثير الضغوط أو الإجهاد، والتدريب على الاسترخاء كثيرًا ما يتم على شكل استرخاء متواصل للعضلات، حيث يقوم المريض بتنفيذ تمرينات التوتر والاسترخاء العضلي بالتناوب.

وبعد أن يقوم المريض بممارسة عملية الاسترخاء تحت ظروف بعيدة عن الضغوط يمكن مساعدته على تخفيض القلق في أثناء مواقف التهديد، ومثالاً على ذلك فإن المريض قد يجد الحديث عن عملية ما مع صاحب العمل شيئًا مثيرًا للضغوط، وتجلب له نوبات من الاضطرابات (كقرحة الجهاز الهضمي) عندما يدخل في مثل هذه المناقشات أو يتوقعها. وفي عملية التحصين أو إزالة الحساسية المنظم عن طريق الاسترخاء يتخيل المريض سلسلة من جوانب القلق المستثار، والموصول النابع عن الموقف، ويمارس الاسترخاء بينما هو يتخيل هذه المناظر.

وعلى الرغم من أن القيام بالاسترخاء عادة يصور على أنه آلة ضبط نفسية فيزيولوجية. فإنها يمكن أن تستخدم أيضًا بأهداف شتى منها الإدراك الإيجابي وإحداث الآثار الانفعالية الجيدة، وتوفر ممارسة الاسترخاء للمريض الفرصة لتركيز انتباهه بعيدًا عن الأنشطة اليومية، وتزيد من مشاعر الهدوء، وتحد من القلق، وعندما يصبح الاسترخاء مهارة يمكن أن يحسن من الكفاءة الذاتية، ويشجع الفرد على تغيير أنماط حياته[1].

ويذكر "رونالد" إن هناك كثيرًا من الطرق الفعالة للوصول إلى حالة من الاسترخاء، والأسلوب الأكثر شيوعًا هو الذي قام به "وولبى Wolpe" بعد

---

(1) Graighead, 1994, p.210

تدريب متواصل على الاسترخاء بطريقة "إدموند جاكبسون"، ويبدأ هذا التدريب للأشخاص الذين يعانون من قلق وتوتر عضلي معين في وقت واحد، وبينما يكون التوتر فى الساعد مثلاً يطلب من الشخص التركيز على الأحاسيس الخاصة بالتوتر ليعتاد على هذه الأحاسيس، وبعد فترة تتراوح من ٥ إلى ٧ ثوانٍ فإن الساعد يسترخى ويتم استئناف عملية الانقباض – الاسترخاء.

ومتى بدأت مجموعة من العضلات فى عملية الاسترخاء يسمح بالاستمرار فى الاسترخاء، ويأتي الدور على مجموعة أخرى بنفس التتابع فى التوتر والاسترخاء حتى يصبح الجسم بكامله فى حالة استرخاء[1].

استخدامات الاسترخاء:

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة تمكن المعالج والشخص العادي من استثمارها فى أغراض عديدة منها على سبيل المثال:

- إمكانية استخدامه مع أسلوب التطمين التدريجي في المواقف المثيرة للقلق.
- يستخدم الاسترخاء بوصفه أسلوبًا من أساليب العلاج الذاتي والضبط في حالات القلق الفعلى، ولهذا ينصح المعالجون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يوميًا قبل الدخول فى مواقف حياتية مثيرة للقلق، كالحديث أمام الناس أو المقابلات.
- فى معظم حالات العلاج بالسيكودراما يطلب المعالج من المريض تمثيل دور شخص ما (الأب، الرئيس..) عادة ما يكون مصدر القلق لديه، وحين يعجز المريض عن القيام بالدور فإن تذكره بأنه قد تعلم خبرة جديدة، وأن عليه أن يمارسها الآن (الاسترخاء) سيؤدى إلى نجاح أسلوب تمثيل الأدوار، وبالتالي إلى تحييد مشاعر القلق نحو النماذج المسببة للقلق.

---

(1) Ronald. 1991. p.187

- كما يستخدم أسلوب الاسترخاء لتغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة، ومن ثم علاج القلق والمخاوف وتوهم الأمراض، وأسلوب الاسترخاء من شأنه أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه وخوفه.
- كذلك يمكن استخدام الاسترخاء فى علاج كثير من الأشكال المرضية، كعلاج الضعف الجنسي، ففي حالة شاب كان يشكو من القلق والاكتئاب، شكا أيضًا من ضعف جنسي، وقد أدى هذا إلى مزيد من التوترات لديه ولدى زوجته، وبتوجيه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي وبخاصة للأجزاء السفلى من الجسم والساقين، وقد استطاع المريض أن يتغلب على مشكلته بعد أسابيع قليلة وبالتالي على كل جوانب القلق التي كانت تحيط بهذه المشكلة[١].

استخدامات الاسترخاء العضلي في التخفيف من بعض الأمراض أو علاجها:

استخدم أسلوب الاسترخاء العضلي مع اضطرابات وأمراض كثيرة منها على سبيل المثال ما يلي:

١. الأطفال المساء استخدامهم[٢].
٢. الروماتيزم[٣].
٣. الألم المزمن[٤].
٤. الصداع النصفى[٥].
٥. آلام الظهر[٦].

---

(١) انظر: عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، هبة بهي الدين، ١٩٨٨.

(2) Farrell & Hains. 1998
(3) Mosley & Tomas. 1995.
(4) Syrjala &Karen. 1999
(5) Scogin & Forrest. 1998
(6) Powell & Enright. 1990.

٦. آلام الرقبة[1].
٧. الاكتئاب[2].
٨. القلق[3].
٩. اضطرابات النوم[4].
١٠. مع كبار السن[5].

استخدام الاسترخاء في تعديل السلوك:

بما أن الاضطراب الانفعالي يؤدى إلى إثارة التوتر العضلي، فإنه من الثابت أيضًا أن إثارة التوتر العضلي تهيئ الشخص للانفعال السريع فى الاتجاه الملائم للتوترات، وبهذا تظهر فوائد الاسترخاء العضلي وتأثيره على الضبط الانفعالي وعلاج العصاب، حيث إن للاسترخاء تأثيرًا على التوتر العضلي يليه التوتر الانفعالي.

ومن ثم يمكن تدريب المريض على الاسترخاء لإزالة التوتر العضلي، وما يصاحبه من التوتر الانفعالي اللذين يعتبران من الأعراض الشائعة لأي اضطراب نفسي، وبعلاج العرض يمكن علاج المرض فى النهاية استرشادًا بالمفهوم السلوكي للاضطراب[6].

ومن هنا نجد أن أسلوب الاسترخاء يساعد على معالجة هذه الأعراض، ويستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية والمعامل عادة ست جلسات علاجية، وهذا النوع من التدريبات الخاصة يحقق استرخاء مختلف العضلات بعد إدراك شعوري من المفحوص بمدى التوتر

(1) Beech et al., 1982.
(2) Powell & Enright. 1990
(3) Wetherell, Ryska & Dupont. 1998. Pawlow.L. A: O'Neil P. R J 2003.
(4) Beech et al., 1982
(5) Duane & Marilyn. 1999.
(6) Andrew. 1995.

العضلي الذي يتحقق عن طريق استخدام أجهزة التغذية الحيوية المرتدة التي تبصر المفحوص بمدى توتره العضلي"[١].

أنواع الاسترخاء:

الاسترخاء العميق والاسترخاء الموجز:

استطاعت "روزماري" أن تحدد الفرق بين الطرق التي تؤدى إلى "الاسترخاء العميق" وتلك التي تحدث "الاسترخاء الموجز"، فتقول: إن لفظ الاسترخاء العميق يعود إلى الإجراءات والوسائل التي تحدث تأثيرًا عميقًا والتي يمكن الحصول عليها من خلال بيئة هادئة عندما يستلقى المتدرب على ظهره على سبيل المثال، كما فى الاسترخاء التدريجي والتدريب المتولد ذاتيًا، فى حين يعود لفظ الاسترخاء الموجز إلى التقنيات والأساليب التي تحدث تأثيرًا فوريًا، والتي يمكن استخدامها من قبل الفرد الذي تواجهه أحداث عصيبة انفعالية، والهدف هو التخلص السريع من الانفعال الزائد، ولهذا فإن الاسترخاء العميق يعود إلى العملية الكاملة لاسترخاء الجسم بأكمله"[٢].

الاسترخاء المتدرج:

يشترط فيه أن تكون الغرفة هادئة، وبه مكان يمكن الاستلقاء عليه، وقد تحقق "جاكبسون" من درجة التوتر اللازم لاتخاذ نشاط الاسترخاء، فقد حدد فروقًا بين بعض العضلات التي تحقق النشاط وتقوم به، وبعض عضلات المجموعة الأولى فى التدريبات تحتاج إلى أدنى معدل من التوتر متناسب مع أداء المهمة، والمجموعة الثانية قد تسترخي بشكل تام أو تسترخي بأقصى حد ممكن، وقد درس "جاكبسون" هذا التفاوت فى درجة التوتر المطلوبة من أجل تخفيض الجهد الإضافي.

---

(١) عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٣، ص١٦٩.

(2) Rosemary. 1995. p.11

السيطرة المتولدة ذاتيًا:

استطاع "جاكبسون" أن يستحدث ويطور وسيلة جديدة للاسترخاء أطلق عليها اسم "التحكم والسيطرة الآلية الذاتية"، وفيه تكون مبادئ التخلص من القلق والتوتر هى ذاتها المستخدمة فى الاسترخاء المتدرج، ولكن يتم التركيز هنا على التوجيه الذاتي، حيث يستطيع الفرد السيطرة على توتر عضلاته والتحكم فيها من خلال أحداث حياته اليومية بدون مدرب أو معالج، فقد تعلم كيف يراقب كل إحساسات التوتر، في وقت واحد بطريقة آلية، وتكون النتيجة هنا تقليص القلق والضغوط وتخفيضهما، كما أن للعمليات الفكرية دورها فى التقليل من حدة التوتر، وهذا النوع من الاسترخاء يستغرق وقتًا فى تعلمه.

الاسترخاء العصبي العضلي التأثرى (القابل للتأثيرات الخارجية):

التقنية الموصوفة فى هذا النوع شبيهة بالتدريب الذاتى، وهى طريقة عصبية عضلية تفترض وجود ترافق فى التوتر فى العضلات مع التوتر فى الدماغ، وعندما يتم التخلص من التوتر فى العضلات يقل الشعور بالقلق والانفعال ويتقلص، وفى هذه الطريقة يطلب التركيز على مجموعة من العضلات فى وقت واحد، ومن ثم التحرر من أى توتر موجود، والتركيز على العضلات بهذه الطريقة، ويمكننا هذا الأسلوب من تخفيف مستويات القلق، والوصول إلى مستويات عميقة من الاسترخاء، وكلما زادت ممارسة الاسترخاء زادت فعاليته فى التخلص من التوتر.

الاسترخاء المتباين (المتفاوت):

يركز الاسترخاء المتباين على التحكم ومراقبة مستويات توتر العضلات عندما يشارك الفرد فى بعض الأنشطة، وعلى الرغم من ضرورة وجود بعض التوتر عند القيام بمهمة ما، فإن المعدل عادة يكون أكثر من المطلوب،وهذا

ينطبق على كل من العضلات المشاركة فى النشاط اللازم لأداء المهمة، والعضلات المشاركة بشكل غير مباشر فيه، فإن مستويات مختلفة من التوتر(أو الاسترخاء) مطلوبة لكل منهما، وحيث إن القدرة على تعرف توتر العضلات فى مستوياتها المتفاوتة ضروري ومهم لتطوير هذه التقنية والمهارة وتحسينها، فإن الاسترخاء المتباين يوفر ذلك بعد أن يتم التدريب على الاسترخاء المتدرج.

الاسترخاء السريع:

طبق هذا النوع لتقليل الوقت المستخدم للوصول إلى حالة الاسترخاء، فيتم فى البداية تهيئة بيئة المتدرب، ومن ثم فإن الأدوات المستخدمة بانتظام تعمل كما لو كانت مثيرات للاسترخاء، فعلى سبيل المثال يتم وضع نقطة ملونة على ساعة اليد والتليفون، لتقوم بتذكير الفرد بالاسترخاء كلما نظر إلى الساعة أو قام بإجراء مكالمة هاتفية، حيث يتذكر أنه يتحرر من التوتر، وهذا يعنى أن التوتر والانفعال بشكل عام يكون فى مستويات منخفضة فى محيط الحياة اليومية، فالاسترخاء السريع يتكون من طريقة رتيبة (روتين) يؤديه الفرد فى كل وقت يشاهد فيه هذه النقطة الملونة كما يلي:

خذ نفسًا بطيئًا ـــــ فكر فى الاسترخاء ـــــ
ثم أرسل زفرة ـــــ كرر هذا الأمر مرتين ـــــ
حدد التوترات غير الضرورية فى الجسم ـــــ ثم تخلص منها.

والتدريب المتواصل لهذا التتابع الموجز والقصير من ١٥- ٢٠ مرة يوميًا يجعل هذه التقنية أكثر فعالية، ويجعل المتدرب قادرًا على تقليص الوقت الزائد المطلوب للاسترخاء، وبعد مرور أسبوع أو أسبوعين من التدريب، فإن الفرد يصبح قادرًا بنفسه على الاسترخاء باستخدام هذه الوسيلة فى وقت يستغرق من ٢٠- ٣٠ ثانية.

الاسترخاء المصغر:

هو أي نشاط يستخدم مجموعات العضلات الخاصة، وبالنسبة للعضلات غير المشاركة يمكن لها أن تسترخي، فعلى سبيل المثال يمكن لليدين أن تسترخيا أثناء الكلام، وكذلك الفم، والحلق والتنفس عندما تعمل بشكل مفرد، لذلك فإن الاسترخاء المصغر شكل من أشكال الاسترخاء المتباين، والاسترخاء المصغر يمكن أن يطبق أثناء العمل، وذلك من خلال تركيز المتدرب على وضع نقاط ملونة على التليفون، والساعة، ومقود السيارة، ويد غلاية الشاى أو أي أداة يكثر استخدامها، والنتائج التي يمكن الحصول عليها من خلال ربط الاسترخاء المتعلق بسلوك الفرد مع وسائل الاسترخاء الأخرى حتى يتمكن الشخص من زيادة تأثير الاسترخاء[1].

الأسس النظرية للتدريب على الاسترخاء:

يتسبب الاسترخاء في تأثيرات فيزيولوجية تتناقض فى طبيعتها مع تلك التي تحدثها الضغوط الفيزيولوجية، وتفصيل ذلك أن الاسترخاء ينتج تناقضاً فى نظام أنشطة الجهاز العصبى السيمبثاوى، ويسبب زيادة فى أنشطة نظام الجهاز العصبي الباراسيمبثاوى. واعتماداً على ذلك فإن الاسترخاء يساعد على تخفيض معدل دقات القلب، ويقلل من ضغط الدم، ويخفض من نشاط الغدد التي تفرز العرق، ويقلل من الأنشطة الجسمانية.

وتتضمن تقنيات الاسترخاء تمرينات توتر العضلات تهدف إلى تعليم الفرد أن يصبح بصفة عامة أكثر وعياً بتجربة توتر العضلات، والفرق بينها وبين حالة الاسترخاء، ويتعلم الفرد التوجيه الذاتي، ويصبح واعياً كذلك فى تعرف أماكن الشد فى عضلات الجسم مع القدرة على إرخائها.

(1) Resemary. 1995, p.73.

وبهذه الطريقة فإن العميل يبدأ فى التحقق من أن حالة الاسترخاء السابقة مشحونة بتوترات عضلية تؤدى إلى تفاقم الشعور العام بالقلق والضغط، والتدريب على الاسترخاء عبارة عن مهارة واستجابة يتم تعلمها، ويمكن للفرد أن يستخدمها لمقاومة القلق والشعور بالإجهاد، وتصبح لدى الممارسين طريقة فنية مؤهلة لتحقيق التخلص من التوتر من الجسم دون استعمال العقاقير والأدوية(1).

ويذكر "جوناثان سميث" أن نظرية الاسترخاء المعرفي السلوكي تفترض أن التدريب على الاسترخاء له ثلاثة أهداف:

١- التقليل من الدفعات والمثيرات الفيزيولوجية للقلق أو الحد منها.

٢- اكتساب مهارات الاسترخاء السلوكي المعرفي، مع التركيز على صرف الذهن عن مسببات القلق والضغوط.

٣- تطوير التراكيب المعرفية والقيم والمعتقدات للتوصل إلى فهم أعمق وأشمل للسلوك.

والجديد في هذا النموذج هو التركيز على مهارات الاسترخاء ودورها فى طرح الاضطرابات والضغوط جانبًا، والتركيز على التعامل مع مثيرات مفيدة غير مسببة للقلق، والقدرة على صرف الذهن عن الأهداف غير الضرورية، والتركيز على مشاعر الاسترخاء وضبط النفس والبعد عن التوتر والتفكير فى هذه المشاعر.

وتشير الدلائل على أن الشخص الذي يفكر فى أنه سوف يتجاهل جميع الاضطرابات سوف يسهل عليه أن يصمم على التركيز فى صرف ذهنه عن

(1) Trevor & Simon, 1990, p.93

المواقف السلبية المضطربة، وبدلاً من ذلك فإنه سوف يفكر في الأمور الإيجابية[1].

الشروط الضرورية للاسترخاء:

تحتاج عملية الاسترخاء ـ مثلها في ذلك مثل أي مهارة ـ إلى وقت وممارسة عند تعلمها، ويمكن لمعظم الناس أن يحققوا مكاسب واضحة ودائمة خلال شهر واحد، عند القيام بالتمرينات اليومية لمدة ثلاثين دقيقة.

وإن أفضل الأوقات لممارسة الاسترخاء تكون عند الشعور بالمعاناة من الضغوط الشديدة، ولكن ذلك ليس سهلاً على الدوام، فعلى الفرد ألا يتقيد بوقت معين في كل يوم للاسترخاء، ولكن عليه أن يحاول أن ينوع ذلك حتى يرى إن كان الموعد اليومي مناسبًا أم لا، ولابد من إعطاء الفرصة والوقت حتى تظهر فاعلية الاسترخاء.

ويمكن للفرد أن يمارس تمارين الاسترخاء بالاستلقاء، ولكن يفضل البدء بالجلوس على مقعد مريح، لأن وضع الجلوس يوفر مزيدًا من التجهيز لوضع الجسم في أثناء اليوم خلال تطور حالة الضغط، ولابد من التأكد من عدم التعرض للإزعاج.

ويتعين الجلوس في غرفة هادئة دافئة مع إطفاء كافة الأضواء، وإغماض العينين من أجل البدء في ممارسة التمرينات، وهذا سيزيد من التركيز على المشاعر الجسمانية، ولابد أيضًا من ضبط التنفس وتلفظ الشخص بكلمة "هادئ" في عقله أثناء عملية التنفس.

وبعد ذلك تبدأ العضلات تدريجيًا في الاسترخاء، وتتطور مشاعر الهدوء والسكينة بصورة طبيعية، وعندما يستكمل الفرد كافة التمرينات لابد من

---

(1) Smith, 1993, p.236

العودة إلى كلمة "هادئ" في العقل وبشكل تدريجي، ومن خلال هذه الطريقة سينشأ اتحاد ما بين كلمة "هادئ" والمشاعر الخاصة بالاسترخاء العضلي العميق في الجسم، وعلى ذلك فإن إغماض العين والتفكير في كلمة "هادئ" يمكن أن ينتج هذه المشاعر[1].

أثر الاسترخاء على تخفيض القلق:

اقترح علماء النفس لعلاج القلق مجموعة كبيرة من أساليب التدخل العلاجي للوصول بالأفراد الذين يعانون من القلق إلى التكيف من خلال تعليمهم استراتيجيات التعامل مع القلق، ومن هذه الأساليب " أسلوب الاسترخاء العضلي " والذي يعد من أكثر الأساليب فعالية فى خفض مستوى القلق.

وقد طور هذا الأسلوب من قبل "إدموند جاكبسون" الذي درب الأفراد على الاسترخاء من خلال مساعدتهم على تركيز انتباههم، وعلى التمييز بين مشاعر التوتر ومشاعر الاسترخاء[2].

وقد ازداد الاهتمام في العقدين الأخيرين بالأبحاث النفسية التي تناولت برامج التدريبات الجسمية مثل برامج "الآيروبك" والعلاج الطبيعي والاسترخاء العضلي، لما تتضمنه هذه التدريبات من عمليات فيزيولوجية عصبية شاملة، تؤثر إيجابيًا على الصحة النفسية والجسمية للفرد. وفى مجال علم النفس الإكلينيكي تسهم هذه البرامج فى علاج كثير من المشكلات النفسية مثل القلق والعدوانية والاكتئاب والمعاناة من الضغوط النفسية الشديدة[3].

(1) Trevor & Simon.1990. p.95

(٢) عفاف حداد، وبشير نحاحة، ١٩٩٨، ص٥٣.

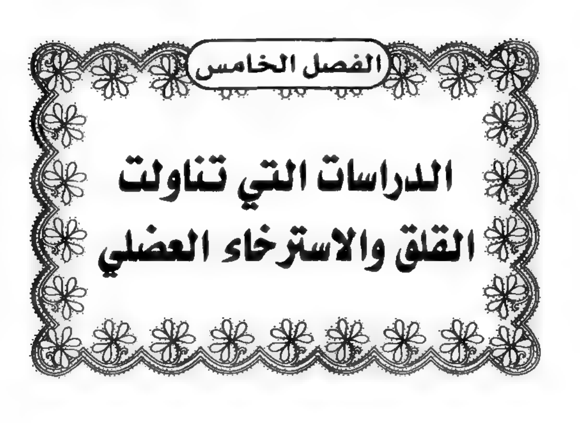
(٣) منيسة شكري، ١٩٩٢، ص٧٦.

وقد سبق أن عرضنا لمختلف استخدامات الاسترخاء العضلي في تخفيف بعض الأمراض أو الإسهام في علاجها، ثم تلا ذلك تقديم الاستخدامات المتعددة للاسترخاء في تعديل السلوك، وفي علاج الاضطراب الانفعالي.





القسم الثاني
الدراسة التطبيقية



الفصل الخامس

الدراسات التي تناولت القلق والاسترخاء العضلي

الفصل الخامس

الدراسات التي تناولت القلق والاسترخاء العضلي

يعرض هذا الفصل الدراسات التى تناولت موضوع القلق والاسترخاء العضلي، وقد تم تصنيف هذه الدراسات إلى فئتين كما يلي:

أولاً: دراسات تناولت أسلوب الاسترخاء العضلي واستخداماته.

ثانيًا: دراسات تناولت الاسترخاء والقلق.

أولاً : دراسات تناولت أسلوب الاسترخاء العضلي واستخداماته:

١- دراسة " دافيسون " (Davison , 1966 b):

واستهدف فحص بعض الحالات وجود تقارب في العلاج السلوكي لمشكلة توصف تقليديًا على أنها مرض نفسي، وفيها تشخص الحالة أساسًا على أنها حالة بارانويا الاضطهاد، وذلك بسبب التفسير غير العادي للهلاوس والضلالات والهذاءات التي تحدث نتيجة للأحاسيس الجسدية، ويفترض التحليل السلوكي للحالة وجود "نقاط ضغط" هى عبارة عن توترات عضلية، وتعد جزءًا من تفاعلات القلق النفسي المرتفع غير التكيفى نتيجة لمواقف اجتماعية خاصة. ودلت نتيجة هذه الدراسة على أن التدريب على الاسترخاء المتفاوت، وإعادة هيكلة التنظيم المعرفي، وبناء الأحاسيس في شكل الأنماط الطبيعية قد أفادت فى التخلص من ذهان الاضطهاد، وقد حدثت تغيرات مفيدة ملازمة للاسترخاء ومصاحبة له.

٢- دراسة " لومونت وادواردز " (Lomont & Edwards, 1967):

في هذه الدراسة تم الإجابة عن سؤالين هما:

١. هل ترجع كفاءة إزالة الحساسية بشكل كامل أو التقليل منها إلى أسلوب الاسترخاء العضلي واتصاله بالقلق النفسي؟

٢. هل يمكن أن تفسر كفاءة تقنية الاسترخاء العضلي وفعاليته بشكل أكثر إقناعًا على ضوء المفاهيم والمصطلحات العلاجية؟

اختيرت مجموعتان من طلبة الجامعة والنساء ممن يعانون من خوف مرضى من الثعابين، وكان عدد العينة ١١ في كل مجموعة، وقد عولجوا بطرق مختلفة بهدف تقليل الفزع والهلع، تلقت المجموعة الأولى علاج تقليل الحساسية مع أسلوب الاسترخاء العضلي، في حين تلقت المجموعة الثانية طريقة تكاد تماثل طريقة إزالة الحساسية أو إضعافها ولكن بدون الاسترخاء، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود تغير في حالة الفزع من الثعابين بمقدار ٣ من ٥، وكانت طريقة الاسترخاء العضلي هى السبب في الانخفاض الواضح في حالة الفزع.

٣- دراسة " جرازيانو " (Graziano, 1968):

أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها أربعة أطفال ذهانيين، وبينت هذه الدراسة أنه يمكن تعليمهم الاسترخاء العضلي من خلال التمرين المنظم على الاسترخاء الفيزيولوجى، وكان السلوك الاسترخائي المتعلم مضادًا للقلق المرتفع ومؤثرًا فى إنقاصه، وظهرت فائدة الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق ونوبات الهياج لدى الأطفال الذهانيين.

٤- دراسة " فرنش، وتوبين "(French & Tupin, 1974):

تصف هذه الدراسة فائدة استخدام أسلوب الاسترخاء البسيط بوصفه وسيلة لعلاج المرضى ممن يعانون من مشكلات متصلة بالقلق والآلام الجسدية، وشملت هذه الطريقة الفنية الاسترخاء العضلي المتبوع باستخدام

نشوة النوم الخفيف، حيث استخدمت الذاكرة السعيدة المسترخية من حيث هى بيئة وسط، ومركز يمكن للانتباه أن يركز عليها، وظهر أن هذا الأسلوب مفيد في علاج اضطرابات النوم.

٥- دراسة " شيرمان، وجال " (Sherman & Gall, 1979):

في هذه الدراسة عولج ١٦ مريضًا من المصابين بألم الطرف الوهمي بمزيج من تدريبات الاسترخاء العضلي المتدرج، والتغذية المرتدة لتوتر عضلات الجبهة والقدم، والتأكد من الأحاسيس الوهمية والطبيعية والعلاقة بين القلق النفسي والألم، وكان ١٤ فردًا من العينة يعانون من الألم المزمن (بمتوسط عمر ١٢ سنة)، واثنان من العينة كانا مبتورى الأطراف حديثًا.

وفى نهاية فترة العلاج وجد أن ٨ أفراد من حالات الألم المزمن قد أظهروا تحسنًا واضحًا في تخفيض الألم، وأظهر ٤ منهم انخفاضًا واضحًا إلى الدرجة التي لم يعودوا بعدها يرغبون في العلاج، ولم تكشف حالتان منهما عن أي تغير ملحوظ، أما حالتا مبتورى الأطراف حديثًا فقد أظهرتا تحسنًا كاملاً وشفاء من الألم، واستمرت هذه التغيرات خلال المتابعة التي امتدت من ٦ شهور إلى ٣-سنوات، فى حين أن المرضى غير المستجيبين الذين لم يستفيدوا من العلاج لم يتعلموا الاسترخاء.

٦- دراسة " ليريرو سكويكيت " (Lehrer & Schoicket, 1980):

في هذه الدراسة قسمت ٣٢ حالة إلى مجموعتين تجريبيتين، الأولى تدربت على الاسترخاء المتدرج، والثانية تلقت تدخلاً إكلينيكيًا، واستخدمت مجموعة ثالثة ضابطة من قائمة انتظار العلاج، والذي طلب منها الاسترخاء يوميًا بصفة عامة ودون التقيد بتعليمات خاصة، وقد وزع على العينات اختبارات كتابية مرتين بينهما فترة خمسة أسابيع، وخلال هذه الفترة تلقت المجموعتان التجريبيتان أربع جلسات من جلسات التدريب الجماعي، وفى نهاية فترة

الخمسة أسابيع تعرضت العينات كلها إلى نغمات صوتية حادة، بينما كانت تسترخي بأقصى حد ممكن في وجود الدرجات ذات النغمات العالية.

وكشفت النتائج أن مجموعة التدخل الإكلينيكي قد أظهرت معدلات ضربات قلب عالية، ونشاطًا في توتر عضلات الجبهة، إلا أنهم أظهروا انخفاضًا في سرعة ضربات القلب بعد كل نغمة، فضلاً عن أعراض من القلق النفسي أكثر من مجموعة الاسترخاء المتدرج والمجموعة الضابطة، في حين أشارت مجموعة الاسترخاء المتدرج إلى الإحساس الأعمق بالاسترخاء العضلي أكثر من المجموعات الأخرى، ولكن ظهر أيضًا عليها بعض أعراض زيادة التنفس وبعض التوترات الجبهية.

٧- دراسة " تشانج " (Chang, 1989):

تم في هذه الدراسة مراجعة لعدد (٧٢) دراسة استخدمت أسلوب الاسترخاء والتغذية المرتدة وتمرينات والاسترخاء غير الآلي مع طلاب المدارس العامة، واشتملت هذه الطرق على تمرينات الاسترخاء المتولد ذاتيًا وتسكين الاستجابة، وقد أسفرت النتائج عن تقليل في نسبة القلق النفسي العام وفرط النشاط الزائد، بالإضافة إلى زيادة النشاط الأكاديمي بفضل استخدام أسلوب الاسترخاء.

٨. دراسة " جلوريا " (Gloria, 1992):

أشارت الدراسات السابقة التي أجريت على الأطفال أن الاسترخاء المتدرج يعد أسلوبًا فعالاً في معالجة مشكلات متنوعة ذات صلة بالقلق، ولكن العناصر الأساسية التي استخدمت في التدريب على هذا النوع من الاسترخاء، قلما أجرى لها تقييم لدى الأطفال لتقرير مدى فعاليتها، وهذه الدراسة قيمت الأثر الفعال للتدريب على الاسترخاء المتدرج في الصف المدرسي لعدد ٨٥ حالة لأطفال تتراوح أعمارهم بين سن العاشرة والثانية عشرة، وتكون التدريب على

الاسترخاء من نموذجين للاسترخاء المتدرج (النموذج المختصر) أو نموذج كوبنز للمراقبة، ونموذج آخر عبارة عن مجموعة الضبط والسيطرة والنشاط الساكن.

وأخذت التقييمات قبل ٢٠ دقيقة وبعد ٢٠ دقيقة من فترة التدريب ولمدة أربع جلسات، وقد سجلت قياسات التقارير الذاتية وبيانات الاسترخاء المفصلة بالإضافة لسمة القلق النفسي وقلق الأطفال، كل ذلك لتقييم آثار الاسترخاء، وحصل نموذج الاسترخاء المتدرج على درجات أكبر لمجموعة من الأعراض التي تتعلق بالقلق الفيزيولوجي والتوتر المرضي النسبي أكبر من الحالات الأخرى، وتشير نتائج هذه الدراسة إلى تفوق طرق الاسترخاء المتدرج مع أطفال المدارس.

٩- دراسة " بلانشارد " (Blanchard, 1993):

استخدمت هذه الدراسة أسلوب الاسترخاء العضلي المتدرج مع ١٢ شابًا (عينة ضابطة) لدراسة أثر الضبط الذاتي في علاج الصداع، وتكونت العينة الأساسية من (١٤) حالة من الحالات التي تعاني من صداع مزمن منذ حوالي ١٠ سنوات بمتوسط أعمار (٣٦.٥ سنة) قسموا إلى مجموعتين، تلقت كل مجموعة تسع جلسات للتدريب على الاسترخاء المتدرج لمدة ٦ أسابيع.

بعد ذلك تم تقييم الحالات من خلال مقياس للاسترخاء السلوكي، ثم قدمت لهم بيانات زائفة عن النجاح العالي والمتوسط في الاسترخاء والتخفيف من الصداع، ثم قيس الاسترخاء مرة أخرى، فأظهر الأشخاص الذين أعطوا نتائج نجاح عالية انخفاضًا واضحًا في الصداع، في حين لم يظهر الذين أعطوا نتائج متوسطة أي تغيير.

١٠- دراسة " بلانشارد، وجرين " (Blanchard & Greene, 1993):

تم في هذه الدراسة تقييم الفعالية الإكلينيكية لتمرينات الاسترخاء في علاج زملة تهيج الأمعاء (Irritable bowel syndrome (I B S)، وتمثلت العينة في ثمانية مرضى يعانون من زملة تهيج الأمعاء، تتراوح أعمارهم بين (٢٩ – ٦٣) عامًا، تلقوا عشر جلسات من الاسترخاء المتدرج المختصر مع الممارسة المنزلية المنتظمة، وقد تمت مراقبة المرضى من حيث أعراضهم الخاصة بالجهاز الهضمي.

وبالاعتماد على بيانات عن أعراض الجهاز الهضمي اليومية التي تم تجميعها قبل أربعة أسابيع من العلاج وبعد أربعة أسابيع من العلاج، ظهر أن ٥٠٪ من مجموعة الاسترخاء قد تحسنت إكلينيكيا مع نهاية العلاج، وأشارت النتائج إلى أن تمرينات الاسترخاء وحدها يمكن أن تفيد في علاج زملة تهيج الأمعاء.

١١- دراسة "بروهل " (Bruehl, 1993):

وتم فيها تقييم علاجين مختصرين (لمدة تتراوح بين ٣ – ٥ دقائق) للتحكم في الاستجابات للألم الحاد، على عينة مكونة من ثمانين رجلاً اختيروا بشكل عشوائي. وقسموا إلى مجموعتين، استخدمت الأولى أسلوب الاسترخاء المختصر، ويرتكز هذا النوع من الاسترخاء على إيجاد ذاكرة صافية، واستخدمت المجموعة الثانية أسلوبًا يشتمل على تقليل معدل التنفس، ووضع الجسم في وضعية مريحة، وتم إعطاء كل الحالات فرصة محاولة إظهار الألم عن طريق ضغط الإصبع لمدة دقيقة.

وأسفرت النتائج عن أن أسلوب الاسترخاء الموجز قد نجم عنه معدلات منخفضة في الألم والقلق والخوف. وإن كانت هذه المجموعة قد عانت من ارتفاع في درجة حرارة الإصبع.

١٢- دراسة " كانينو " (Canino, 1993):

تم فيها دراسة المكونات السلوكية والفيزيولوجية للتفاعل في أثناء الضغوط قبل التدخل بالعلاج النفسي وبعده باستخدام إستراتيجية الاسترخاء العضلي وأثرها في تقليل ضغط الدم الجوهري المرتفع. وكانت عينة الدراسة مكونة من (٢٥) فرداً من الراشدين ممن يعانون من ارتفاع ضغط الدم تتراوح أعمارهم بين (٢٥ - ٤٨) سنة، وتمت متابعة ضغط الدم الشرياني ومعدل ضربات القلب قبل استخدام أسلوب الاسترخاء العضلي على ثمانية منهم.

وأسفرت النتائج عن أن تمرينات الاسترخاء العضلي قد أسهمت في خفض ضغط الدم الشرياني والقلق وبعض المتغيرات الفيزيولوجية والسلوكية الأخرى.

١٣- دراسة " ديفلي، وساندرز " (Devilly & Sanders, 1993):

قام هذان الباحثان بدراسة أثر فعالية برنامج سلوكي معرفي لعلاج الصداع المتكرر، والذي استخدم أولاً مع طفل عمره ٨ سنوات يعانى من الصداع، وقد تم تعليم الطفل على تطبيق التمرين ذاته على والده الذي يعانى من الصداع المتكرر، وقد اشتمل العلاج على تمرينات الاسترخاء العضلي، والتخيل.

وبقياس متغيرات القلق والاكتئاب بعد فترة من بداية العلاج دلت النتائج على حدوث ٩٢.٥٪ و ٨٦٪ من التحسن في عدد مرات الإصابة بالصداع، و٦٧٪ و٨٥٪ تحسن في متوسط حدة الصداع، و٨٩.٤٪ و ٢٨٪ تحسن في فترة دوام الصداع، وبعد مرور ثلاثة أشهر من المتابعة أظهرت البيانات أن كلتا الحالتين قد تحسنتا بمعدل ١٠٠٪ وفق معايير الصداع.

١٤- دراسة " جرازى " (Grazzi, 1993):

أجرى تقييم لمدى كفاءة التغذية البيولوجية المرتدة للتخطيط الكهربي للعضلات في علاج التحكم في الصداع النصفي وآلامه، وتكونت عينة الدراسة من عشر سيدات ممن يعانين من النوبات الشائعة للصداع النصفي، تتراوح أعمارهن بين (٢٤ - ٤٠) سنة، وقد عولجن باستخدام الاسترخاء المتدرج مع تمرينات ضبط التنفس، ثم تويعت حالاتهن بانتظام لمدة عام، وقد لوحظ انخفاض واضح في نوبات الصداع النصفي بعد فترة من العلاج، أما نوبات الألم فقد استمرت أيضًا منخفضة حتى آخر متابعة، وقد استمر انخفاض حدة المرض حتى وقت طويل بسبب مشاركة تأثير المهدئات، كما اتضح ذلك من الدرجات على قائمة القلق: الحالة والسمة التي انخفضت بشكل واضح خلال فترة العلاج.

١٥- دراسة " أوسترهاوس " (Osterhaus, 1993):

في هذه الدراسة تم تقييم العلاج السلوكي المكون من تدريبات الاسترخاء، والتغذية المرتدة لدرجة الحرارة، والتدريب المعرفي على الاسترخاء والمطبق من خلال المدرسة، أثناء العلاج وبعده، مع متابعة استغرقت سبعة أشهر على مجموعة من طلاب المدارس تراوحت أعمارهم بين (١٢ - ١٩) سنة ممن يعانون من الصداع النصفي أو الشقيقة، وبالمقارنة بين المجموعة التجريبية (٣٢ فردًا)، والمجموعة الضابطة (١٩ فردًا).

وأظهرت النتائج أن من تأثيرًا للعلاج في عدد مرات حدوث الشقيقة ومدته، ولكن ليس في حدته، وأن حوالي ٤٥٪ من العينة التجريبية كان لديهم تحسن إكلينيكي في نهاية العلاج، كما أن علاجهم استمر حتى فترة المتابعة.

١٦- دراسة " فازكويز " (Vazquez, 1993):

أجريت هذه الدراسة على مجموعة من ١٨ طفلاً ممن يعانون من الربو الشعبي، تراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٣) عامًا، قسموا إلى مجموعتين، تتكون كل مجموعة من تسعة مرضى مقسمين تبعًا لحدة المرض وشدة النوبات، وقد تلقت المجموعة الأولى علاجًا لمدة أسبوع في برنامج الضبط الذاتي للربو، واشتمل أيضًا على برنامج الاسترخاء التدريجي، في حين تلقت المجموعة الثانية نفس البرنامج دون تدريبات الاسترخاء.

وقد أسفرت نتائج مقياس التنفس لكلتا المجموعتين قبل العلاج وبعده أن المجموعة الأولى التي استخدمت تدريبات الاسترخاء قد تحسنت قليلاً في مقياس التنفس.

١٧ - دراسة " ديفينبيكر " (Deffenbacher, 1994)

قورن أثر تمرينات المهارات الاجتماعية والاسترخاء في تقليل نوبات الغضب لدى مجموعتين تجريبيتين بالمقارنة إلى مجموعة ضابطة، وبعد مرور أربعة أسابيع من المتابعة للمجموعة التي استخدمت أسلوب المهارات الاجتماعية والأخرى التي استخدمت أسلوب الاسترخاء العضلي ومقارنتهما إلى المجموعة الضابطة وجد أن المجموعتين التجريبيتين حدث لهما انخفاض متقارب في حدة الغضب في كثير من المواقف، وقد كان هناك انخفاض أكبر في حدة الغضب في مجموعة الاسترخاء.

واستطاعت المجموعة الضابطة الاقتراب من مجموعة المهارات الاجتماعية، ولكن مجموعة الاسترخاء قللت بشكل واضح من التعبير السلبي عن الغضب.

١٨- دراسة " ماك جرادى " (MacGrady 1994):

تكونت عينة هذه الدراسة من ١٠١ مريض، ٧٠ منهم مجموعة تجريبية، و٣١ تحت المراقبة، تم تشخيصهم على أنهم يعانون من ارتفاع فى ضغط الدم، وتم فحصهم لتعرف تأثير تمرينات الاسترخاء والتغذية البيولوجية المرتدة على المتغيرات الفيزيولوجية والنفسية المرتبطة بارتفاع ضغط الدم مثل: معدل ضربات القلب، والشد فى عضلات الجبهة، ودرجة حرارة الإصبع، والاكتئاب، والقلق.

وأسفرت النتائج عن أن ٨٠٪ من العينة قد شفوا بالاسترخاء والتغذية البيولوجية المرتدة، وقد حقق هذا العلاج نجاحًا على المدى القصير، وهو ما يعرف بأنه نقصان في متوسط ضغط الدم الشرياني بمعدل ٥ ملجم، كما حدث انخفاض في توتر عضلات الجبهة وفى القلق، وتفيد النتائج المستخلصة من المتابعة أن ٣٦ مريضًا قد شفوا تمامًا، فى حين ظل الآخرون تحت العلاج فترة أخرى.

١٩- دراسة " موسلى، وتوماس " ((Mosley & Thomas, 1995:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الآثار المترتبة على إضافة العلاج السلوكي المعرفي إلى التدريب على الاسترخاء العضلي بغرض علاج الصداع التوتري Tension headache لدى كبار السن، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ فردًا من كبار السن، تتراوح أعمارهم بين (٦٠ - ٧٨) عامًا ممن يعانون من صداع مزمن، وقد استخدم الباحث برنامجًا للتدريب على الاسترخاء العضلي، وبرنامجًا للعلاج المعرفي السلوكي.

وبعد اختيار عينة الدراسة عشوائيًا، قسموا إلى ثلاث مجموعات كالتالي:

١- المجموعة الأولى تجريبية تلقت التدريب على الاسترخاء العضلي لمدة ١٢ أسبوعًا.

٢- المجموعة الثانية تجريبية تلقت التدريب على الاسترخاء العضلي بجانب العلاج المعرفي السلوكي لمدة ١٢ أسبوعًا.

٣- المجموعة الثالثة ضابطة تلقت التدريب على علاج الصداع بالعقاقير والانتظار لمدة ١٢ أسبوعًا.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن أفراد المجموعة الأولى (الاسترخاء العضلي فقط) قد انخفض لديهم الصداع، في حين لم تتحسن المجموعة الثالثة (العلاج بالعقاقير والانتظار)، أما المجموعة الثانية التي تدربت على الاسترخاء بالإضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي، فقد حققت انخفاضًا أكبر بكثير في نشاط الصداع، مع تقليلهم من استخدام المسكنات بالمقارنة إلى المجموعة الأولى التي تدربت على الاسترخاء وحده، وقد دام هذا الفرق واضحًا بعد أربعة أشهر من العلاج .

٢٠- دراسة " بنداري‌و أجراوالا " (Bhandari & Agarwala, 1996):

اشتملت عينات هذه الدراسة ثمانية أفراد، تراوحت أعمارهم بين (١٥ - ١٧) سنة، يعانون من سلوك مرضى مزمن هو الاشتهاء غير الطبيعي للطعام Pica من مدة تتراوح بين سنتين وأربع سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بحسب كل من: مدة المشكلة (أي بداية ظهور هذا السلوك) والعمر والجنس.

وقد عولجت المجموعة الأولى بأسلوب مراقبة الذات Self - monitoring إلى جانب أسلوب الاسترخاء المتدرج، في حين عولجت المجموعة الثانية بأسلوب مراقبة الذات وحده، وقد أظهرت النتائج أن الأسلوبين كانا فعالين في علاج

الاشتهاء غير الطبيعي للطعام، ومع ذلك فقد بينت نتائج المتابعة الشهرية على مدى عام تكرار هذا السلوك لدى المجموعة التي عولجت بمراقبة الذات فقط، في حين أفادت المجموعة التي عولجت بمراقبة الذات مع الاسترخاء المتدرج بعدم تكرار سلوك الاشتهاء غير الطبيعي للطعام.

ويستخلص الباحثان هنا أن الاسترخاء المتدرج يساعد الأفراد على التحكم في الضغوط والتوتر والقلق لديهم، ومن ثم التحكم في سلوكهم في الاشتهاء غير الطبيعي للطعام.

٢١- دراسة " بوردا و مرسيدس " (Borda & Mercedes, 1996):

أجريت هذه الدراسة على (١١) متطوعًا من طلاب الجامعة ممن يعانون الخوف من الدم، من بينهم ١٠ من الإناث تتراوح أعمارهن بين (٢١ - ٢٦) سنة. وقد تم توجيههم لتعلم فيزيولوجيا الدم، والنواحي النفسية والمعرفية والآلية المتعلقة بذلك عن طريق استبانة المخاوف، وتشمل هذه الاستبانة الخوف من الدم، والشيخوخة، والقلق. وقام المعالجون بتدريب أفراد العينة على أسلوب الاسترخاء العضلي والسيطرة على التنفس وتقنيات التوتر العضلي، وقام فريق المعالجين بعمل عروض حية متدرجة لمواقف تثار فيها المخاوف من الدم مرتين في الأسبوع على مدى ثلاثة أسابيع.

وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن شفاء خمس حالات شفاءً تامًا، في حين تحسنت ثلاث حالات، واستمرت ثلاث حالات دون تغيير في المؤشرات النفسية والفيزيولوجية، وكشفت مؤشرات الاستجابة الأولية عن شفاء ستة أفراد وتحسن اثنين، في حين ظلت ثلاث حالات دون تغيير، وبالنسبة لمقياس الخوف من الدم فقد أشار إلى شفاء عشر حالات وتحسن حالة واحدة، وفيما يختص

بالمؤشرات السلوكية فقد شفيت سبع حالات شفاءً تامًا، وتحسنت حالتين، في حين ظلت حالتين دون تغيير.

٢٢- دراسة "هولديفيس، و فاسيليسكو" (Holdevici & Vasilescu, 1996):

هدف هذا البحث إلى عرض نموذج علاج نفسي بالاسترخاء لمرضى خضعوا لإجراء جراحة القلب المفتوح، وتكونت عينة الدراسة من (١٥) فردًا تسعة من الذكور وست من الإناث، وبلغ متوسط أعمارهم (٤٨) سنة، ومثلوا المجموعة التجريبية، ومثلها مجموعة ضابطة، وأوضحت نتائج الدراسة أن المرضى الذين تدربوا على برنامج الاسترخاء ومارسوه، أظهروا تناقصًا واضحًا في النوبات العصبية والقلق، أما في العينة الضابطة فإن النوبات العصبية والقلق زادت من الاختبار المبدئي إلى النهائي (قبل يوم واحد من إجراء الجراحة)، وأكدت البيانات المستمدة من تسجيل التخطيط الكهربي للجلد بالنسبة لمرضى القلب الذين مارسوا الاسترخاء تناقصًا واضحًا بعد كل جلسة استرخاء في نسب ضغط الدم ونبضات القلب، أما بالنسبة للمرضى الذين مارسوا العلاج النفسي فكان هناك تناقص واضح فى النوبات العصبية وتحسن في الحالة الانفعالية.

٢٣- دراسة " جارسيا و بدريرا " (Garcia & Pedreira, 1996):

استخدم أسلوب الاسترخاء العضلي بوصفه جزءًا من العلاج للمرضى النفسيين، وكانت عينة الدراسة مكونة من تسعة ذكور وإناث من المراهقين الإسبان تتراوح أعمارهم بين (١٧ - ٢٣) عامًا، ممن يعانون من اضطرابات نفسية من قلق واضطراب في صورة الجسم، وقد تم الحصول على بيانات مرضهم من خلال المقابلات شبه المنظمة.

وتدرب أفراد هذه العينة على أسلوب الاسترخاء العضلي الجسدي وتم تقييمهم سلوكيًا بعد شهر واحد، وبعد شهرين، ثم بعد ثلاثة أشهر من التدريبات ومن المتابعة المستمرة، وأسفرت نتيجة هذه الدراسة عن وجود انخفاض في حدة نوبات القلق وقلة الاضطراب في صورة الجسم، حيث بدأ يظهر لديهم صورة جسم معتدلة.

٢٤- دراسة " دانيال " (Daniel, 1997):

افترض أن أسلوب الاسترخاء الذاتي إستراتيجية فعالة يمكن إدراجها في برامج علاج الأطفال المصابين بالربو، وكانت عينة الدراسة مكونة من (٤٤) طفلاً مصابًا بالربو، قسموا إلى مجموعتين إحداهما تجريبية دربت على الاسترخاء الذاتي والتخيل العقلي، والأخرى ضابطة لم تدرب.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الاسترخاء الذاتي قد ساعد على خفض الشعور بعدم الراحة والقلق، وليس هذا فحسب، بل إنه أحدث تحسنًا في نوبات الربو ومعدل التنفس لدى المجموعة التجريبية، كما ساعد الاسترخاء الطفل على أن يشعر بقوة التحكم الذاتي والسيطرة على نوبات الربو وضيق التنفس.

٢٥- دراسة " نورتون و هولم " (Norton & Holm, 1997):

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف مدى فاعلية مقياس السلوك من وضع "بوبين" Poppen والذي يعد أسلوب ملاحظة لتقييم الدرجة التي حصل عليها الأفراد بالاستجابة للاسترخاء، واختيرت عينات هذه الدراسة بصورة عشوائية في مجموعة التدريب على الاسترخاء المتواصل أو مجموعة ضبط الانتباه، وبعد فترة من التدريب شاركت عينات الدراسة فى جلسة معملية حيث تم الحصول على درجات مقياس التقدير الذاتي للاسترخاء وتقييم القياسات الفيزيولوجية وملاحظة السلوك. وقد أيدت نتائج هذه الدراسة استخدام مقياس السلوك

بصفته صالحاً (من حيث الثبات والصدق والفعالية) لقياس استجابة الاسترخاء لدى الفرد، كما تأكد صدق التمييز لهذا المقياس.

٢٦- دراسة " جوزيف وميشيل " (Joseph & Michele, 1998):

استهدفت هذه الدراسة معرفة أثر أسلوب التأمل في توافق طلاب الجامعة، ثم مقارنته بأثر أسلوب الاسترخاء، وقد اختيرت عينة الدراسة من (٧٥) من طلبة كلية تتراوح أعمارهم بين (١٧ - ٤٠) سنة، قسموا إلى ثلاث مجموعات بطريقة عشوائية بناءً على درجات مقياس تيلور للقلق. وقد استخدم مع المجموعات الثلاث وسائل:

التأمل والاسترخاء والضبط، أما التدريب الخاص بمجموعتي التأمل والاسترخاء، فقد تم من خلال جلسة توجيهية مدتها ساعة مع تعليمات مكتوبة تم توزيعها.

وبعد ستة أسابيع انخفض مستوى كل من القلق والاكتئاب بصورة واضحة بالنسبة لمجموعتي التأمل والاسترخاء، أما بالنسبة للمشكلات بين الأشخاص فقد انخفضت بصورة واضحة بالنسبة لمجموعة التأمل.

٢٧- دراسة " ستيفانيك وهاينز " (Stephanic & Hains, 1998):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر التدخلات السلوكية المعرفية لدى أربعة أطفال اعتدى عليهم جنسيًا، تتراوح أعمارهم بين ٨ - ١٠ سنوات، وقد بدت عليهم أعراض الصدمة التالية لارتكاب الأذى في حقهم، وقد ركز التدخل السلوكي المعرفي على التدريب على مهارات الاسترخاء العضلي، وإيجابية الكلام عن الذات، وإعادة النسق المعفي للذات. وأسفرت الدراسة عن تناقص نوبات الاضطرابات الصدمية الناتجة عن الأذى الجنسي لدى الأطفال

الأربعة، وارتفعت مستويات الاكتئاب والقلق لديهم في البداية، ثم أظهرت تناقصًا مع العلاج.

٢٨- دراسة " كارين و سيرجالا " (Karen & Syrjala, 1999):

يذكر الباحثان أن مرضى السرطان في حاجة إلى من يتواصل معهم نفسيًا واجتماعيًا في سبيل السيطرة على الآلام التي يشعرون بها، حيث إن التدخلات الطبية لا تحل بصورة دقيقة كثيرًا من مشاكل الألم لديهم، وتؤكد على أن التدخلات النفسية الاجتماعية مطلوبة في علاج آلام السرطان، فضلاً عن أهمية تحديد الدور الذي تقوم به العوامل النفسية والاجتماعية في توضيح مشكلات آلام السرطان، فالألم وبكل وضوح يؤدى إلى خلل وظيفي نفسي كبير، وقد قامت هذه الدراسة بتحليل مضمون نتائج (١١٦) دراسة لتدخلات نفسية تعليمية تمت خلال العقدين الماضيين، واستخلص من هذه الدراسات أن التدخلات النفسية كانت فعالة بوضوح في تخفيف حدة نوبات السرطان بما في ذلك الألم، والقلق، والاكتئاب، واضطرابات المزاج، والغثيان، والقيء، وشملت التدخلات النفسية التدريب على الاسترخاء العضلي، والتخيل، والتنويم المغناطيسي، والتدريب الفعال في التغلب على المشكلات، والدعم النفسي الاجتماعي، كل هذا كان له فاعليته في السيطرة على نوبات السرطان عندما يتم تبينها عبر رعاية طبية ونفسية شاملة لمرضى السرطان.

٢٩- دراسة " سوهر، واندرسون " (Suhr & Anderson, 1999):

توجد اضطرابات سلوكية عديدة مثل القلق والهياج والإثارة لدى مرضى ألزهايمرAlzheimer، وتعد السبب الرئيس في عدم القدرة على استخدام العلاج غير الدوائي، وهدفت هذه الدراسة إلى تطوير علاج لهذا المرض، بالتركيز على أسلوب الاسترخاء العضلي مع (٣٤) مريضًا، وقد ظهر أن التدريب على

الاسترخاء العضلي يمكن أن يؤدى إلى التقليل من الصعوبات والمعوقات العقلية والسلوكية لدى مرضى ألزهايمر.

***

وقد أجريت – فضلاً عن الدراسات الواردة في الفقرات السابقة – دراسات كثيرة في هذا المجال، وتكفى الإشارة إلى أن نتائج الدراسات السابقة قد اتفقت فيما بينها فيما يتعلق بتأثير أسلوب الاسترخاء العضلي واستخداماته في علاج عدد غير قليل من الأمراض[1].

ثانيًا: دراسات تناولت الاسترخاء والقلق:

١- دراسة " دافيسون " (Davison ,1966 a):

استخدمت في هذه الدراسة تمرينات " جاكبسون، وولبى " للحد من القلق النفسي عن طريق تمرينات الاسترخاء العضلي، وهو أسلوب يحتاج لأن يوفق بينه وبين العمل العلاجي، ويوجد في هذا الصدد افتراضان أولهما أن أسلوب الاسترخاء العضلي يُعد أسلوبًا غير منتشر بصورة كبيرة عند المعالجين السلوكيين، وثانيهما احتمال وجود دور للتغذية المرتدة في بعض أشكال المخاوف، وأن الاسترخاء والتخفيف من الرسائل الواردة للعضلات تخفف من القلق النفسي. وقد أسفرت هذه الدراسة عن فاعلية الاسترخاء العضلي في التخفيف من الرسائل الواردة للعضلات وبالتالي في التخفيف من القلق، وإزالة معظم أنواع المخاوف العصابية.

---

(١) انظر:
Alexander,1975; Axemo,1998. Benjamin,1972; Burnette,1991; Danilov,1998; Henkel.1972; Humphreys.1984. Ireland,1985; Joseph. 1978; Lichstein.1988: Margo. 1997. Michael.1991; Passchier.1994; Pena-Lillo.1971; Richard.1992 ; Sarason.1979 (Rigg.1997.

٢- دراسة "كيماريه" (Kumaraiah, 1979):

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين أسلوبي التغذية المرتدة والاسترخاء العضلي المتدرج كل على حدة أولاً، ثم الأسلوبين مجتمعين في علاج القلق ثانيًا، وتكونت عينة الدراسة من عشرين حالة من مرضى القلق، متوسط أعمارهم (٢٩) عامًا تقريبًا، قسموا إلى أربع مجموعات كالآتي:

١- المجموعة الأولى تجريبية عولجت بوساطة أسلوب التغذية الرجعية فقط.

٢- المجموعة الثانية تجريبية عولجت بوساطة أسلوب الاسترخاء العضلي المتدرج فقط.

٣- المجموعة الثالثة تجريبية عولجت بوساطة أسلوب التغذية الرجعية والاسترخاء العضلي المتدرج معًا.

٤- المجموعة الرابعة ضابطة تم علاجها بوساطة العقاقير.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن فاعلية أسلوبي التغذية الرجعية والاسترخاء العضلي المتدرج معًا في علاج القلق، حيث حققت المجموعة الثالثة أفضل نتائج في العلاج.

٣- دراسة " هارتمان " (Hartman, 1982):

أكدت هذه الدراسة فعالية طريقتين من طرق الاسترخاء العضلي في تقليل المكونات المعرفية للقلق النفسي لدى العينات التي أظهرت مستوى عاليًا أو منخفضًا في قوة التخيل، واختيرت العينة على أساس ٨ أفراد من ذوي التخيل العالي بوصفهم مجموعة تجريبية أولى تدربت على تمرينات الاسترخاء العضلي المتدرج، و٨ أفراد من ذوي التخيل المنخفض استخدموا مجموعة تجريبية ثانية تدربت على تمرينات التنظيم الذاتي.

وكانت نتائج الدراسة على عكس المتوقع، فكانت النتائج المثلى في تقليل القلق النفسي والجسدي بشكل كبير لدى العينة ذات التخيل العالي بعد تطبيق الاسترخاء العضلي أكثر من اتباع التعليمات الذاتية للحركة، في حين لم يكن هناك أي تغير في استجابة العينات ذات التخيل المنخفض لكلتا الطريقتين.

٤- دراسة " كريبيللى " (Crebilli, 1983):

استخدمت عينة مكونة من ١١٩ حالة مرضية مصابة بالقلق النفسي المزمن، تلقى كل أفراد العينة ثلاثة دروس في الاسترخاء العضلي لمدة ٢٠ دقيقة أسبوعيًا، وقيس القلق قبل العلاج وبعده، كما استخدم مقياسا سمة القلق وحالة القلق قبل كل درس وبعده لتقدير حالة القلق النفسي. وأسفرت النتائج عن أن ٧٦ فردًا من أفراد العينة تحسنوا في نهاية فترة العلاج، ولكن ظل ٤٣ فردًا لم يستجيبوا للعلاج.

٥- دراسة " بوركوفيك " (Borkovec, 1987):

في هذه الدراسة تلقى (٣٠) متطوعًا ممن انطبقت عليهم محكات القلق النفسي المعمم Generalized anxiety disorder ١٢ درسًا من دروس الاسترخاء العضلي المتدرج، وتلقت عينة مكونة من ١٦ فردًا العلاج المعرفي خلال عشرة دروس، في حين تلقى الـ ١٤ الباقون علاجًا غير موجه، وقد أفاد هذا النوع من العلاج ١٦ طالبًا جامعيًا.

وأظهرت المجموعات بشكل عام انخفاضًا في القلق النفسي كما قيس بالاستبانات والملاحظة الذاتية اليومية التي قام بها الاختصاصيون النفسيون، ولكن الاسترخاء مع العلاج السلوكي قد حققا تحسنًا واضحًا بالنسبة إلى الاسترخاء مع العلاج غير الموجه.

٦- دراسة " ديفيز " (Davis , 1989):

فحصت الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية للموسيقى الاسترخائية لعدد ١٨ فردًا تراوحت أعمارهم بين (١٩ - ٤٣) سنة ويعانون من القلق النفسي، وقد طبقت مقاييس حالة القلق وسمة القلق فضلاً عن معيار السبع نقاط الذي يقيس الاسترخاء.

وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض القلق النفسي وازدياد الاسترخاء العضلي، كما أظهرت البيانات الفيزيولوجية أن الموسيقى الاسترخائية تنبه أكثر من نشاط عضلي، وتساعد على التخلص من التوتر العضلي والانقباض.

٧- دراسة " أوهين " (Hoehn, 1991)):

أجريت هذه الدراسة على ٦٠ فردًا ممن يعانون من اضطراب القلق المعمم، تم تقسيمهم إلى مجموعتين عولجت إحداهما بأسلوب الاسترخاء العضلي المتدرج، في حين عولجت الأخرى بالعقاقير المهدئة والمطمئنات.وقد أسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض ملحوظ في درجة القلق المعمم في مجموعة الاسترخاء العضلي المتدرج بالمقارنة إلى مجموعة العلاج بالعقاقير والمطمئنات.

٨- دراسة " جويزمان، وروجرز " (Goisman & Rogers, 1993):

أجريت هذه الدراسة على ٢٣١ مريضًا تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٧٥ سنة ممن يعانون من اضطرابات القلق، وخضعت الحالات لكل من: المقابلات وطرق التقرير الذاتي والمتابعة لمدة ستة أشهر، واستخدمت الطرق السلوكية والمعرفية والدينامية، وكان أسلوب الاسترخاء العضلي والتخيل قد استخدما بشكل كبير في علاج حالات القلق.

وأظهرت النتائج أن اضطراب الوسواس القهري والخوف المرضى من الأماكن الواسعة كانا من أكثر التشخيصات التي أمكن علاجها سلوكيًا

بوساطة أسلوب الاسترخاء، كما ظهرت زيادة في تكرار مرات استخدام أسلوب الاسترخاء في علاج حالات القلق.

٩- دراسة "ماركيلاند وهاردى" (Markland & Hardy, 1993):

قيس تأثير الاسترخاء العضلي على التخدير بالمقارنة إلى أسلوب ضبط الانتباه Attention control وطرق الضبط بدون علاج، وقد اختير ٢١ مريضًا بشكل عشوائي ممن ستجرى لهم جراحات اليوم الواحد، وصنفوا إلى ثلاث مجموعات:

الاسترخاء، وضبط الانتباه، والضبط بدون علاج، وقد ظهر أن أسلوب الاسترخاء العضلي قلل من القلق الناشئ لدى المرضى قبل إجراء العملية الجراحية، وذلك كما قيس بمقياس حالة القلق، كما ظهر أن مجموعتي الاسترخاء العضلي وضبط الانتباه تحتاجان إلى وقت أقل لإحداث حالة التخدير، كما حصلت مجموعة الاسترخاء العضلي أيضًا على معدل أقل من مجموعة الضبط بدون علاج في صعوبة الإبقاء على حالة التخدير.

١٠- دراسة " رانكين " (Rankin, 1993):

اختيرت ٣٠ حالة من الراشدين الذين يعانون من القلق، بمتوسط أعمار ٤٧ سنة للمشاركة في دراسة أجريت تحت ظروف مقيدة مع تمرينات الاسترخاء العضلي المتدرج، ثم خضعوا لاختبارات ثانوية لقياس معدل الذاكرة، وقد بينت النتائج أنه على الرغم من الانخفاض الواضح في حالة القلق عند المجموعة التي تدربت على الاسترخاء، فلم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين من حيث معايير الذاكرة.

١١- دراسة " كيسيلكاوبيكر " (Kiselica & Baker, 1994):

اشتمل برنامج العلاج الانفعالي الوقائي للمراهقين على تمرينات الاسترخاء العضلي المتدرج، وأسلوب إعادة البناء المعرفي، وقد قورنت نتائج الأفراد الخاضعين للتدريب مع بيانات مجموعة ضابطة في كل من القلق النفسي، والانفعال، والأداء الأكاديمي، وقد أظهر المشاركون في البرنامج التدريبي تحسنًا ملحوظًا وواضحًا على مقاييس التقدير الذاتي لسمة القلق، والأعراض الناتجة عن التوتر وذلك كما اتضح من الاختبار الذي طبق بعد العلاج.

وقد استخرجت هذه النتائج بعد تقييم ومتابعة لمدة أربعة أسابيع، ولم يكن هناك أي اختلاف أو فارق ملحوظ بين المجموعتين في مستوى التحصيل الأكاديمي، سواء أكان ذلك في فترة ما بعد الفحص أم في المتابعة.

١٢- دراسة " سكوجين وريكارد " (Scogin & Reckard, 1994):

استغرقت هذه الدراسة عامًا كاملاً من المتابعة، ودعمت نتائجها فعالية تمرينات الاسترخاء العضلي لكبار السن في علاج القلق، ابتداء من الفترة التالية للتمرين حتى نهاية المتابعة (عام كامل).

١٣- دراسة " فيلد وايرونسون " (Field & Ironson, 1996):

استخدمت تمرينات تدليك " مساج " الكرسي مع (٢٦) راشدًا، وعولجت مجموعة من (٢٤) راشدًا بالعقاقير (المجموعة الضابطة) حيث طلب منهم جميعًا الاسترخاء التام في عملية " تدليك " الكرسي لمدة ١٥ دقيقة مرتين في الأسبوع لمدة خمسة أسابيع، وفى اليوم الأول واليوم الأخير للتجربة سجل تخطيط المخ بالنسبة لهم قبل الجلسات وخلالها وبعدها، بالإضافة إلى قيامهم بإجراء عمليات حسابية قبل الجلسات وبعدها، وأكملوا الإجابة عن مقاييس الاكتئاب والقلق.

ومن خلال قياسات متكررة أسفرت النتائج عما يلي:

١- تزايد قوة الاسترخاء في مجموعة " التدليك " عن المجموعة الضابطة.

٢- تحسن مجموعة "التدليك" في الانتباه عن المجموعة الضابطة.

٣- تزايد سرعة مجموعة "التدليك" ودقتها في حل المسائل الحسابية، في حين لم تبد المجموعة الضابطة أي تغيير.

٤- كانت مستويات القلق أقل بعد إجراء "المساج" ولكن ذلك لم يحدث في المجموعة الضابطة (العلاج بالعقاقير)، بالرغم من أن حالة المزاج كانت أقل اكتئابًا بعد عمليتي " التدليك " والعلاج بالعقاقير.

٥- كانت مستويات التحكم في اللعاب أقل بعد إجراء "التدليك" وليس بعد العلاج بالعقاقير، وحدث ذلك في اليوم الأول فقط.

٦- في نهاية الأسابيع الخمسة كانت نتائج الاكتئاب أقل لكلتا المجموعتين، ولكن ضغوط العمل انخفضت فقط بالنسبة لمجموعة "التدليك".

١٤- دراسة " ميكلسون، و مارشيون " (Michelson & Marchione, 1996):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي في مقابل التدريب على الاسترخاء العضلي مع مرضى يعانون من اضطرابات هلع تتراوح بين المعتدلة والحادة مقترنة بالخوف من الأماكن المفتوحة. وتكونت عينة الدراسة من (٧٤) مريضًا تتراوح أعمارهم بين (٢١ - ٦٣) سنة، أكملوا (١٦) جلسة في العلاج سواء المعرفي أو الاسترخاء العضلي.

ولوحظ أن العلاج المعرفي أعطى نتائج فاعلة وسريعة وآثارًا ثابتة سواء أكان ذلك بعد العلاج، أم خلال سنة واحدة من المتابعة، كما اتضح أن العلاج

المعرفي ممزوجًا بالاسترخاء يعد علاجًا فعالاً بالنسبة لمرضى اضطرابات الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة.

١٥. دراسة "ساب" (Sapp, 1996):

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاج في تخفيف مكوني قلق الامتحان وهى العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالاسترخاء، والاستشارة الداعمة وتكونت عينة الدراسة من (٩٠) طالبًا من طلاب الجامعة والدراسات العليا، وقد أظهرت النتائج أن العلاج بالاسترخاء العضلي كان أكثر فاعلية في تخفيض قلق الامتحان عند الطلاب الجامعيين الذين استجابوا لهذا الأسلوب بالمقارنة إلى أسلوبي العلاج السلوكي المعرفي، وأسلوب الاستثارات الداعمة.

١٦- دراسة " سادو برابا " (Sud & Prabha, 1996):

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فعالية العلاج بالاسترخاء مع العلاج المعرفي الذي استغرق ثلاث ساعات ونصف لكل جلسة، وذلك على عينة غير إكلينيكية من طالبات الصف التاسع، متوسط أعمارهن (١٤) سنة، ويعانين من أعراض انفعالية وقلق. طبق عليهن مقياس القلق، وعدت درجات (١٦٢) منهن مرتفعة، و (١٧٢) منهن منخفضة.

وقد دربن على المهارات المعرفية للاسترخاء، ولوحظ تناقص في القلق بعد علاج البنات اللائي سجلن درجات قلق مرتفعة، أما البنات اللائي سجلن درجات قلق منخفضة، فلم يكن للعلاج بالاسترخاء أي فاعلية في تخفيض القلق.

١٧- دراسة " ليكنزودوفان " (Lukins & Davan, 1997):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تمرينات الاسترخاء المصممة من أجل منع القلق عن طريق الرنين المغناطيسي، وهو عبارة عن صوت رنين قوى بجوار المبحوث يجعله فى حالة تحفز وتوقع للصوت مع تخيلات صدور الصوت في أي لحظة، وبالتالي يبدأ في القلق من شدة الصوت، ويستخدم هذا الرنين المغناطيسي في تشخيص الصمم وعلاجه، ويعتمد عليه تقييم تطورات الخوف في عينة الدراسة (مرضى القلق)، وتراوحت أعمار العينة بين (١٧ - ٧٦) سنة، شعروا بالقلق خلال التجربة والمتابعة. وتكونت العينة من (٥٢) فردًا استخدموا بوصفهم مجموعة ضابطة، و(٤٤) فردًا مثلوا المجموعة التجريبية لحالة الاسترخاء قبل التجربة، و(٤٣) فردًا عدوا مجموعة تجريبية لحالة الاسترخاء قبل التجربة وأثناءها، وبمقارنة المجموعتين التجريبيتين بالمجموعة الضابطة اتضح أن العينات التي مارست تدريبات الاسترخاء أظهرت انخفاضًا في القلق خلال التجربة، وبعد سبعة أشهر أو أكثر بعد إجراء عملية الرنين المغناطيسي كان هناك ارتباط إيجابي دال إحصائيًا بين القلق المعاش خلال التجربة وتطورات الخوف في تخيلات الرنين المغناطيسي، ولكن تمرينات الاسترخاء لم تمنع من تزايد المخاوف الناتجة من تخيلات الرنين المغناطيسي بعد ٧- ٩ أشهر من المتابعة.

١٨- دراسة " ماريسون، و ليندزى " (Morrison & Lindsay, 1997):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد إذا ما كانت الظواهر الفيزيولوجية والسلوكية للقلق المصحوبة بأسلوب الاسترخاء العضلي تؤدى إلى تناقص في التقرير الذاتي للقلق، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) فردًا ممن يعانون من إعاقة ذهنية معتدلة، تتراوح أعمارهم بين (٢٨ - ٥٣) سنة، مثلوا المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج بالاسترخاء السلوكي.

وقيس مستوى القلق لدى أفراد العينة بوساطة جهاز قياس القلق (زانج)، وهو عبارة عن اختبار لسعة الذاكرة قصيرة المدى (والتي يحدث فيها عادة اضطراب نتيجة القلق)، أضيف إليه اختبار للمعلومات العامة فضلاً عن التقرير الذاتي للقلق بعد ذلك، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن المجموعة التجريبية نقصت لديها مستويات القلق مع تحسن في الأداء السلوكي فيما يتعلق بالذاكرة قصيرة المدى، ولكن التحسن لم يحدث في المعلومات العامة.

١٩- دراسة "دريموند" (Drummend, 1997):

يعرض هذا البحث حلاً حقيقيًا للتغلب على القلق المزمن دون استعمال الأقراص المهدئة، ويقدم للحالة بديلاً آمنًا ومحسوسًا يتضمن برنامجًا للعلاج الذي يبدأ بمساعدة الحالة على فهم ماهية اضطرابات القلق، والفرق بين القلق الطبيعي والقلق المرضي، وكيفية علاج القلق المرضي عن طريق برنامجه المتميز الذي يشمل تمرينات الاسترخاء العضلي، وظهر تقدم كبير في الحالات التي استخدمت هذا البرنامج لتخفيض القلق بالمقارنة إلى استعمال الأقراص المهدئة.

٢٠- دراسة " سكونبرجر " (Schoenberger, 1997):

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير فعالية علاج سلوكي معرفي متعدد الأبعاد لحالة قلق الحديث أمام الجمهور، ثم مقارنتها بحالة أخرى عولجت بنفس العلاج بالإضافة إلى التنويم الصناعي، وتضمن العلاج بالتنويم الصناعي كافة المركبات الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي، واختلف عن العلاج غير الصناعي فقط في التدريب على الاسترخاء.

وتكونت عينة الدراسة من (٦٢) فردًا منهم ٢٠ رجلاً و ٤٢ امرأة، تتراوح أعمارهم بين (١٨ – ٥٠) سنة، يعانون من قلق الحديث أمام الجمهور، وقسمت

العينة إلى مجموعتين لكل نوع من العلاج، كما اختيرت مجموعة ضابطة من المرضى في قائمة انتظار العلاج.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تحسن في المجموعتين التجريبيتين أكثر من المجموعة الضابطة، وسمى العلاج بالتنويم الصناعي لتحسين فعالية العلاج، ولكنه كان يتضمن بالفعل تدريبات استرخاء في المقام الأول، وقد ظهرت فعالية العلاج بالاسترخاء عن العلاج السلوكي المعرفي.

٢١- دراسة " فيرنر، وآخرين " (Verner, Daved, Stacy, John ,1997):

تم تحديد نسب القلق لدى (٢٧) مريضًا باضطراب الهلع و(٢٠) فردًا مثلوا المجموعة الضابطة التي واظبت على الاستماع إلى شرائط صوتية في الاسترخاء. وظهر أن مجموعة المرضى أظهرت انخفاضًا كبيرًا في حدة نوبات الهلع، وقد فشل الاسترخاء في تخفيض عدد نوبات الهلع والتقليل من نسبها أو نسب القلق لدى كل من مجموعة المرضى والمجموعة الضابطة، كما لوحظ أن النشاط الكهربي للدماغ قد تزايد في مجموعة المرضى عن المجموعة الضابطة.

٢٢- دراسة "ويليام، وسان ـ وا ـ ي" (William & Sun – Wa - Yee,1997):

أجريت هذه الدراسة لمتابعة الآثار الصحية المترتبة على استخدام النوع البديل من تمرينات (تاي – شي – شوان) (وهي مجموعة من التدريبات التأملية الذاتية الشبيهة باليوجا تهدف للوصول إلى حالة من الاسترخاء التام) في تحسين الصحة العامة والوقاية من الأمراض لدى كبار السن، وتكونت عينة الدراسة من (٢٣) شخصًا من كبار السن مثلوا المجموعة التجريبية، تلقوا (٣٢) جلسة تدريب مدة كل منها ساعة على مدار (١٦) أسبوعًا، وضمت المجموعة الضابطة (٢٣) شخصًا من كبار السن الذين لم يتلقوا أي تدريبات، وتم تحديد الآثار الصحية بمقياس معدل دقات القلب، وضغط الدم، وتوتر العضلات، والقلق، والمرونة.

وبينت نتائج الدراسة أن المجموعة التجريبية التي تلقت تدريبًا على تمرينات (تاى - شى - شوان) قد أظهرت تحسنًا في المرونة واسترخاء العضلات أكثر من المجموعة الضابطة التي لم تخضع للتدريب، وبالإضافة إلى الاحتفاظ بالمرونة والاسترخاء العضلي، فإن المجموعة التجريبية قد أظهرت تحسنًا في ضغط الدم، ودقات القلب، والتقليل من القلق في جلسات متتابعة، ودعمت هذه النتائج الآثار المفيدة لممارسة تمرينات (تاى - شى - شوان) لتحسين الصحة العامة والوقاية من الأمراض لدى كبار السن.

٢٣- دراسة " عفاف حداد وباسم دحادحه " (١٩٩٨):

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في الاسترخاء العضلي على ضبط التوتر النفسي، وتكونت العينة من ٢١٠ طلاب من طلاب الصفين السابع والثامن الأساسي بالأردن، تراوحت أعمارهم بين (١٢- ١٥) عامًا، طبق مقياس التوتر النفسي عليهم، وتراوحت درجاتهم بين (٩- ٦٥) درجة، ثم اختيرت عينة من أعلى ٣٠ طالبًا ممن تراوحت درجاتهم بين (٤٢- ٦٥) درجة، وتم توزيعهم عشوائيًا إلى ثلاث مجموعات متساوية.

واستخدم الباحثان الأدوات التالية:

١- مقياس التوتر النفسي.
٢- برنامج الإرشاد الجمعي باستخدام أسلوب حل المشكلات.
٣- برنامج الإرشاد الجمعي باستخدام أسلوب الاسترخاء العضلي.

وقد قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات حيث كانت المجموعة الأولى تجريبية تلقى أفرادها التدريب على أسلوب حل المشكلات، والمجموعة الثانية تجريبية تلقى أفرادها التدريب على أسلوب الاسترخاء العضلي، في حين كانت المجموعة الثالثة ضابطة لم يتلق أفرادها أي نوع من أنواع المعالجة.

وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعة التجريبية التي استخدمت أسلوب حل المشكلات، والمجموعة التجريبية التي استخدمت أسلوب الاسترخاء العضلي، والمجموعة الضابطة على اختبار التوتر النفسي في القياس المباشر والبعدى (كانت درجات المجموعتين التجريبيتين في التوتر النفسي أقل) .

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية في القياس المباشر والبعدى فيما يتعلق بانخفاض مستوى التوتر النفسي.

٢٤ – دراسة "راشد، وتوماس" (Rashed & Thomas, 1998)

تكونت عينة هذه الدراسة من ٨٨ طالبًا من طلبة المدارس العليا قسموا إلى ثلاث مجموعات متساوية في درجة القلق كالآتي:

١- المجموعة الأولى تجريبية. تلقت تدريبًا على الاسترخاء العضلي.

٢- المجموعة الثانية تجريبية، وتلقت تدريبًا على الاسترخاء العضلي بالإضافة إلى العلاج السلوكي.

٣- المجموعة الثالثة ضابطة لم تتلق أي تدريبات.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض القلق لدى المجموعتين التجريبيتين بالنسبة إلى المجموعة الضابطة، ولم تكن هناك فروق دالة بين المجموعتين التجريبيتين، كما لم يكن هناك أثر لمتغير الجنس (أو النوع) بين المجموعات.

٢٥- دراسة " روبرت، وسبنسر "(Robert & Spencer ,1998):

قدم المؤلفان برنامجاً غير طبي مكون من ثماني خطوات للتخلص من نوبات القلق التي تؤثر فيما لا يقل عن فرد من كل أربعة أفراد، وعرضوا

الأساليب المتبعة خطوة بخطوة للسيطرة على خمسة أنواع رئيسة من اضطرابات القلق هي:

المخاوف الاجتماعية، واضطراب القلق المعمم، والخوف من الأماكن المفتوحة، واضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطراب الوسواس القهري.

وناقش المؤلفان كيفية السيطرة على القلق في المنزل وفي الأماكن العامة بأسلوب الاسترخاء العضلي، ودور الأسرة والأصدقاء في مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق. والخطوات الثماني هي:

١- أن تصبح تلميذاً في مدرسة القلق الخاصة بك.
٢- استخدام الدرع الواقي ضد النوبات التي تهاجم الفرد.
٣- ممارسة الاسترخاء مع نفسك في منطقة القلق.
٤- استخدام دعم الآخرين لك، أي الأخذ بنصائح الآخرين بخصوص ما تشعر به من قلق.
٥- القضاء على المسببات الخارجية للقلق.
٦- تقييم ما تحتاجه من الأدوية والعلاج لتشفى من القلق.
٧- عليك إعادة تشكيل حياتك بدون القلق.
٨- وضع خطة للشفاء على مدى الحياة.

٢٦- دراسة " ويزرل، ولوبتش " (Wetherell & Loebach, 1998):

يذكر الباحثان أن أساليب العلاج النفسي للقلق وبخاصة الاسترخاء العضلي والعلاج المعرفي السلوكي قد تم اكتشافها بوصفها بدائل للعلاج بالعقاقير، ثم ناقش الباحثان كثيراً من الحالات المتصلة بالقلق لدى كبار السن مثل: الخبل، والاكتئاب، والرهاب، واضطراب القلق المعمم، واضطراب

الوسواس القهري. وقد ظهر أن أفضل أسلوبين هما: أسلوب الاسترخاء العضلي، وأسلوب العلاج المعرفي السلوكي.

٢٧- دراسة أمثال هادى الحويله وأحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٥):

هدف هذا البحث تعرف مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في التقليل من مستوى القلق لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية، والتحقق من ثبات مقياس الاسترخاء وصدقه في قياس حالة الاسترخاء. وتكونت عينة البحث من (٨٠) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية اختيروا من بين (٥٣٥) طالبة، تراوحت أعمارهن بين (١٣- ١٩) سنة، حصلن على درجات مرتفعة على مقياس القلق، ودرجات منخفضة على مقياس الاسترخاء، وقسموا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. وتكونت أدوات البحث من مقياس جامعة الكويت للقلق، وقائمة القلق (مقياس السمة)، ومقياس الاسترخاء، وشريط صوتي لتدريبات الاسترخاء مدته (٣٠) دقيقة، وأسفرت نتائج البحث عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدى للقلق لدى المجموعة التجريبية بحيث كان القياس القبلي أعلى، وفروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى للقلق على مقياس جامعة الكويت للقلق وقائمة الاسترخاء بعد تطبيق تدريبات الاسترخاء على المجموعة التجريبية، حيث كان متوسط المجموعة الضابطة أعلى في القلق، ومتوسط المجموعة التجريبية أعلى في الاسترخاء. وتشير النتائج بوجه عام إلى فاعلية تمرينات الاسترخاء العضلي في خفض القلق.

٢٨- دراسة "لندرفولد" وزملائه (Lundervold et al., 2008):

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الحديثة التي استخدمت منهج دراسة الحالة مع امرأة تبلغ من العمر٤٤ سنة،وتعانى من الآلام الناتجة عن الأورام الليفية . وتم استخدام أسلوب التدريب على الاسترخاء للتخفيف من الألم،

واستخدم التقرير الذاتي للمريضة مقياسا لمدى التحسن، وأشارت النتائج النهائية إلى كفاءة أسلوب الاسترخاء في تخفيف الألم، وكذلك تخفيض مستويات القلق والاكتئاب المصاحبين للألم .

٢٩- دراسة "وينتردريك" وزملائه (Wenterdyk et al.,2008):

هدفت هذه الدراسة تعرف مدى فعالية كل من: العلاج المعرفي السلوكي، والاسترخاء، والتمرينات الرياضية، والتعليم الغذائي والحمية . وأجريت الدراسة على ٥٠ من طلاب الجامعة، وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات متكافئة بناءً على نوع التدخل . واختبر خط الأساس لأربعة مقاييس هي: قائمة الأعراض المعدلة، ومقياس "سبيلبرجر" لحالة وسمة القلق، وقائمة الضغوط النفسية، وقائمة مسح العادات الصحية. وتم تطبيق التدخلات سابقة الذكر على المجموعات الأربع لمدة ستة أسابيع، وبينت النتائج أن الاسترخاء، والتعليم الخاص بالحمية كانا أكثر تأثيرًا وكفاءة في تخفيف أعراض القلق والأعراض البدنية .

وفي هذا السياق تم إجراء كثير من الدراسات التي تناولت الكفاءة العلاجية لأسلوب الاسترخاء، سواء أكان منفردًا أم مصاحبًا لأساليب علاجية أخرى، أو بالمقارنة بين أساليب علاجية مختلفة، وذلك على عدد من الاضطرابات النفسية المختلفة، وعلى عينات مختلفة أيضًا منها: الأطفال، والراشدين، والمراهقين وطلاب الجامعة . ومنها ما تناول القلق، والاكتئاب، والهلع، والألم المزمن والضغوط، وتعديل السلوك[1].

***

(1) Siev et al.,2007, Wenterdyk.et al.2008: Nestoric.et al.2008, McCoffrey.c.2006: McLaughlin.et al.2007

وقد اتفقت نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بالاسترخاء بأنواعه وفاعليته في تخفيض القلق مع نتائج دراسات كثيرة[1].

وأوضحت نتائج هذه الدراسات تأثير أسلوب الاسترخاء العضلي بأنواعه في تخفيض حالات القلق بأنواعه لدى مختلف العينات، سواء أكانوا راشدين أم أطفالاً، ذكوراً أم إناثاً، حيث أسهمت تدريبات الاسترخاء العضلي، وبخاصة الاسترخاء المتدرج في الحد من أعراض القلق بصفة عامة.

(١) انظر:
Abraham.1993 . Basoglu.1994 . Damlio.1994 Gatchel.1977 . Mavissakalian.1993 ; Maynard.1993 , O'Carroll.1993 . Ozawa.1991 . Shear.1991 . Thaut.1993 . Wong. 1992 . Siev &Chambless.2007

تعقيب عام على الدراسات السابقة

يتضح من العرض السابق أهمية أسلوب الاسترخاء العضلي في علاج كثير من الأمراض العضوية والاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية، كما تؤكد هذه الدراسات فاعلية هذا الأسلوب في علاج أمراض واضطرابات كثيرة مثل: الصداع، وآلام السرطان، ونوبات الربو، والمخاوف المرضية، والقلق بصفة عامة، حيث اتفقت معظم الدراسات على فاعليته في التقليل من حالات القلق، ولكن لم تتوافر دراسات استخدمت هذا الأسلوب بغرض تحسين الأداء في عملية الاستذكار، مما يجدر بنا محاولة الاستفادة من هذه الدراسات في استخدام هذا الأسلوب مع حالات القلق غير المرضى لطالبات الثانوي، والذي سيكون له فاعلية في زيادة التركيز والقدرة على الاستذكار لديهن، وهذا منوط بدراسة أخرى.

وبنظرة فاحصة للدراسات السابقة، نجد أن حوالي ٣٠٪ من هذه الدراسات أجريت على كبار السن، و٦٠٪ أجريت على راشدين، و١٠٪ طبقت على أطفال، كما أن حوالي ٤٠٪ من هذه الدراسات استخدمت عينات من طلاب الجامعات والمدارس، وكان العامل المشترك بين هذه الدراسات هو استخدامها لأسلوب الاسترخاء العضلي في علاج بعض الاضطرابات وبخاصة القلق وذلك للتخفيف من أعراضه، ولكن هذه الدراسات أغفلت فحص أثر الاسترخاء العضلي في تحسين الأداء الطبيعي بصفة عامة لدى أشخاص ممن يفترض فيهم السواء، والاستفادة من ذلك في مختلف تطبيقات علم النفس، كتحسين أداء الطلاب في الاستذكار، وزيادة أداء العمال وإنتاجيتهم، وليس فقط في علم النفس المرضى في علاج بعض الأمراض.

ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى وجود الدراسات ذات النتائج السلبية، وهى الدراسات التي لم يكن فيها للاسترخاء العضلي تأثير على الحالة

النفسية للفرد بالمقارنة إلى طرق علاجية أخرى، وهذا أمر متوقع، ولكن المهم أن عدد الدراسات ذات النتائج السلبية لا يقارن بالدراسات ذات النتائج الإيجابية، فالأخيرة أكثر تكرارًا، كما تجدر الإشارة إلى أن الدراسات العربية في هذا المجال محدودة جداً.

وبصفة عامة نجد أن نتائج هذه الدراسة قد اتفقت مع نتائج عدد من الدراسات السابقة[1]، هذا فضلاً عن كثير من الدراسات التي أثبتت فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي بمختلف أنواعه في التقليل من حالات القلق المختلفة، وعلى فئات كثيرة متباينة، مما يثبت فاعلية هذا الأسلوب مع مختلف العينات، ومن الممكن أن تدعم نتيجة هذه الدراسة على العينة الكويتية كذلك نتائج الدراسات التي أشرنا إليها في الفصل الثالث، والتي تتلخص في تأثير أسلوب الاسترخاء العضلي في علاج بعض الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية، وفى معظم الاضطرابات النفسية أو كلها تقريبًا، فإن القلق غالبًا ما يكون عرضًا أساسيًا، وفى غالبية الأمراض العضوية يمكن أن يكون القلق أحد أعراضها أو نتائجها.

فتقنيات الاسترخاء ـ من الناحية الإجرائية ـ تتضمن نوعين من التمرينات: الشد والاسترخاء، ففي تمرينات توتر العضلات يكون الهدف تعليم الفرد أن يصبح بصفة عامة أكثر وعيًا بخبرة توتر العضلات، والفرق بينها وبين حالة الاسترخاء، ويتعلم الفرد التنظيم الذاتي Self - regulation، ويصبح واعيًا لأماكن الشد في عضلات جسمه مع القدرة على إرخائها، وبهذه الطريقة فإن الفرد يبدأ في التحقق من أن حالة الاسترخاء السابقة غير مشحونة بتوترات عضلية قد تؤدى إلى تفاقم الشعور العام بالقلق والضغط. والتدريب على

(١) انظر: عفاف حداد، ويلسم دحادحة، ١٩٩٨ ، Borkovec. 1987 . Crobill. 1983 . Davis. 1989 . Davison. 1966 . Hartman. 1982 . Kenneth. 1988. Kumaraiah. 1979 . Markland. 1993 ; Rankin. 1993 . Sapp. 1996 .Scogin. 1994 . Sherman & Gall. 1979 . Sud. 1996 Stev &Chambless.2007 . Wenterdyk et al..2008.

الاسترخاء عبارة عن مهارة واستجابة يتم تعلمها، ويمكن للفرد أن يستخدمها لمقاومة القلق والشعور بالضغط، وتصبح لدى الممارسين طريقة فنية مؤهلة للتحقق من التخلص من التوتر من الجسم دون استعمال العقاقير والأدوية(١).

وتفترض نظرية الاسترخاء المعرفي السلوكي أن تدريبات الاسترخاء لها ثلاثة أهداف: التقليل من الدفعات والمنبهات الفيزيولوجية للقلق أو الحد منها، واكتساب مهارات الاسترخاء السلوكي المعرفي مع التركيز على صرف الذهن عن مسببات القلق والإجهاد، وتطوير التراكيب المعرفية والقيم والمعتقدات للتوصل إلى فهم أعمق وأشمل للسلوك، وهذا ما هدفت له الدراسة الحالية في تعليم مهارة الاسترخاء العضلي في مختلف المواقف للاستفادة منها في التخفيف من آثار القلق.

وكذلك تفترض نظرية التعلم في السلوكية أن القلق عبارة عن خوف مكتسب، فمصدر القلق يكمن خارج الفرد نفسه، ويتمثل هذا القلق في المواقف المختلفة التي يتعرض لها الفرد، وعلى ذلك يمكن إشراط القلق إشراطًا تقليديًا لعدد من المنبهات الخارجية، وبما أن القلق والخوف مكتسبان، فإنه يمكن إبطاله عن طريق إعادة الإشراط، وتؤيد نتائج هذه الدراسة ما سبق من دراسات، حيث إن تدريبات الاسترخاء العضلي تعد بمثابة إعادة إشراط للقلق، ويمكن أن تكون رد فعل مكتسب لحالات القلق، فالفرد المعتاد على أداء هذه التدريبات يمكنه الاستعانة بها في المواقف المسببة للقلق وبالتالي تزول عنه تلك الحالة، أو تخفف من حدتها(٢).

ودلت البحوث السابقة أن أسلوب الاسترخاء العضلي قد أثبتت فاعليته في خفض اضطرابات النوم لدى المجموعة التجريبية، حيث كان متوسط عدد

(١) انظر: Carol, 1997 , Julie, 1998 . Trevor & Simon, 1990
(٢) انظر: عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣.. Beech, 1972 ; Edmund, 1998 Trevor & Simon, 1990

ساعات النوم أعلى في القياس البعدي للمجموعة التجريبية سواء أكان ذلك في أيام الدراسة أم في عطلة نهاية الأسبوع، وهذا يتفق مع عدد من الدراسات[1] التي بينت العلاقة بين مشكلات النوم والاضطرابات العصابية وبخاصة القلق، بل من الممكن القول بأن مشكلات النوم مكون من مكونات الاضطرابات العصابية وعرض من أعراضها، فيمكن أن يكون لمشكلات النوم يد في الإصابة بالاضطراب العصابي.

هذا فضلاً عن أن الاضطراب الانفعالي مسؤول أول عن ظهور مشكلات النوم، وهذا يوضح العلاقة المتبادلة بين مشكلات النوم والقلق، وبما أن هذه الدراسة قد أثبتت فاعلية تدريبات الاسترخاء العضلي في خفض مستوى القلق لدى طالبات المرحلة الثانوية، فمن الممكن أن نقول إن هذه التدريبات كانت سببًا رئيسًا في زيادة معدل ساعات النوم لدى المجموعة التجريبية، وهذه تعد فائدة كبيرة حيث إنه من المعروف أن النوم يساعد على زيادة التركيز وقوة الذاكرة، كما يساعد على الإسراع في عملية الشفاء ويقلل من مضاعفات المرض، فقد توصل بافلوف Pavlov إلى الكشف عن أهمية النوم في معالجة الاضطرابات العصابية، كما تستعمل طريقة المداواة بالنوم لمعالجة حالات القلق، أو الهياج، أو الهستيريا، والاضطرابات النفسية الجسمية، ولاسيما التي تتضمن قدرًا من القلق.

وبالنسبة لأسلوب الاسترخاء العضلي نجد أنه يعبر عن تعلم خبرات جديدة تتيح لممارسيها استخدامها في مختلف المواقف بعد انتقال أثر التدريب منها إلى مواقف الحياة اليومية، وفيما يتعلق بأسلوب الاسترخاء العضلي وأثره في التقليل من القلق النفسي، فإن ذلك يتفق مع كون الاسترخاء أصلاً أكثر ارتباطًا

(١) انظر: مايسة النيال، ١٩٩٣، و William, 1993.

بالناحية الجسمية التي تعد مكونًا أساسيًا في القلق، وتعد نتائجه سريعة، كما أنه أكثر متعة وتقبلاً لدى كثير من الأفراد.

وبينت نتائج بعض الدراسات أن القلق - بوصفه حالة وسمة - إذا ارتفع عن حدود المتوسط والاعتدال فإنه يؤثر تأثيرًا سلبيًا في كل من التفكير التجريدي والإبداعي، فكلما ازداد القلق والمعاناة ضعفت المقدرة على تكوين المفاهيم، وضعفت الطلاقة الفكرية، وازداد التصلب، وعجز الأفراد عن الإتيان بالأفكار الطريفة أو الجديدة[1].

كما أن القلق يؤدي لدى بعض الأفراد إلى صعوبات في تخزين المعلومات واسترجاعها، حيث يستقبل ذوو القلق المرتفع أجزاء من المعلومات أقل مما يستقبله نظراؤهم ذوو القلق المنخفض، كما توجد علاقة سالبة بين القلق وكل من التحصيل الدراسي، والتذكر، وأداء العمليات الحسابية، وتعلم السير في المتاهات، وأيضًا يؤدي القلق إلى تيسير النجاح في أداء المهام البسيطة، في حين يعوق أداء المهام والأعمال الصعبة والمركبة[2].



(١) انظر: عبدالمطلب القريطي، ١٩٩٨، Barlow, 1995, Philip, 1992.

(٢) انظر: السيد السمادوني، ١٩٩٤، محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٤ Abraham, 1993, Borda, 1996.



الفصل السادس

أهداف الدراسة والمنهج والإجراءات

الفصل السادس
أهداف الدراسة والمنهج والإجراءات

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلى فى خفض مستوى القلق لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية، وفى معرفة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى مقدار القلق قبل تدريبات الاسترخاء العضلى وبعده (المجموعة التجريبية)، وبعد مرور وقت لم تستخدم فيه تمرينات الاسترخاء (المجموعة الضابطة).

ويفترض حدوث انخفاض فى درجة القلق بعد تطبيق برنامج الاسترخاء العضلى، كما أن هناك هدفًا فرعيًا هو التحقق من ثبات مقياس الاسترخاء وصدقه فى قياس حالة الاسترخاء لدى طالبات الثانوى.

أهمية الدراسة:

بعد استعراض الدراسات والبحوث السابقة تعد هذه هى الدراسة الأولى - فى حدود علم المؤلفة - فى بلادنا التى تتناول دراسة لأسلوب الاسترخاء العضلى ودوره فى تخفيض القلق لدى طالبات المرحلة الثانوية.

كما تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية مرحلة المراهقة والتى تعد من المراحل المهمة فى حياة الإنسان، فهى تتوسط مرحلتى الطفولة والشباب، ولها أبلغ الأثر فى حياة الإنسان الفرد.

كما تكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة فى الكشف عن دور تدريبات الاسترخاء العضلى فى خفض القلق لدى الطالبات الكويتيات فى

مرحلة الدراسة الثانوية، وذلك لما يمكن أن تتسم به هذه المرحلة الدراسية المهمة من قلق الامتحان والخوف من الفشل[1].

ففى هذه المرحلة (مرحلة المراهقة) تتعرض طالبات المرحلة الثانوية فى مجتمعنا لمشكلات نفسية متعددة تتعلق بأجسامهن النامية، ووظائفها الجديدة، وبتطلعاتهن المتعددة نحو المستقبل، وبعلاقاتهن بغيرهن وبالبيئة من حولهن، هذه العوامل بما فيها من مسببات الإحباط وأشكال الصراع تفضى فى النهاية إلى مشاعر القلق التى يشكو منها المراهقون، وبخاصة فى المرحلة الثانوية[2].

أما بالنسبة للأهمية التطبيقية فتكمن فى إتاحة هذه الدراسة لتسجيل صوتى لتدريبات الاسترخاء العضلى ملائم للبيئة الكويتية، ويخدم فئة طالبات الثانوى، ويهدف إلى تخفيض حدة القلق لديهن، وفتح المجال لاستخدام هذه التدريبات على مدى أوسع فى دراسات تالية، وكذلك إعداد مقياس للاسترخاء، وهو غير متاح فى اللغة العربية على قدر علم المؤلفة.

كما تأتى أهمية هذه الدراسة من حيث هى استجابة للاهتمام المتزايد فى ميدان علم نفس الصحة الذى يركز على أحد الأساليب المستخدمة من قبل المرشدين فى تعاملهم مع مشكلات المسترشدين، وبخاصة القلق النفسى، حيث تسهم هذه الدراسة بتزويد المرشدين ببرنامج للاسترخاء العضلى.

كما تتضح أهمية هذه الدراسة على أساس أن تدريب الطالبات على استخدام مهارات الاسترخاء العضلى للتعامل مع القلق النفسى فى مرحلة

(١) انظر: أحلام حسن، ١٩٩٠، مصطفى تركى ١٩٨١.
(٢) أحمد رفعت، ١٩٨٧، ص٢٧.

مبكرة من العمر يؤدى إلى تنمية هذه المهارة، بهدف استخدامها مع مشكلات أخرى قد يتعرضون لها مستقبلاً.

وتعد دراسة القلق لدى طالبات الثانوى بدولة الكويت امتداداً لبعض الدراسات التى درست القلق وآثاره النفسية بعد الغزو العراقى للكويت، حيث إنه من الطبيعى أن يصاب كل فرد بحالات من القلق فى فترات معينة من حياته، وأن هذا القلق ـ فى بعض الحالات ـ قد تكون له جوانب إيجابية حين يدفع المرء إلى مزيد من النجاح، إلا أنه فى حالات أخرى وعندما يزيد القلق عن الحد الطبيعى، ويأخذ شكلاً مرضيًا يؤثر سلبيًا على الاتزان الانفعالى والاجتماعى للفرد، فإنه يؤثر بشكل سلبى أيضًا على مستقبله، وهنا تكمن الخطورة.

وبما أن شباب الكويت اليوم هم ثروتها البشرية فى المستقبل، فإنه من مصلحة هذا البلد أن يكونوا أصحاء نفسيًا ليتمكنوا من النهوض بوطنهم ومجتمعهم[1].

كما تكمن أهمية هذا البحث فى أنه يجرى على شريحة مهمة من شرائح المجتمع الكويتى وهن طالبات الثانوى، حيث إن اضطراب القلق ينتشر فى أغلب الحالات فى أواخر العقد الثانى وأوائل العقد الثالث من العمر، ومن النادر نسبيًا أن يبدأ الاضطراب قبل سن الخامسة عشر أو بعد سن الخامسة والثلاثين[2].

فضلاً عن ذلك فإن الكشف عن القلق عند طالبات الثانوى يمكننا من العمل على إرشاد الطالبات باتباع أفضل الوسائل المضادة للقلق وتعلمها،

---

(١) نوريه الغرافى، ١٩٩٣، ص٢٢.
(٢) السيد عبدالخالق، ١٩٩٦، ص٥٣.

وتوجيههن نفسيًا واجتماعيًا وتربويًا حتى تستطعن الاستمرار فى الدراسة والتفوق دون قلق أو اضطراب، وذلك من خلال تدريبات الاسترخاء العضلى.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة فى التساؤلات الآتية:

١ - هل توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلى والبعدى للقلق لدى المجموعة التجريبية بعد تمرينات الاسترخاء العضلى؟

٢ - هل توجد فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى للقلق وقائمة الاسترخاء بعد تطبيق تدريبات الاسترخاء على المجموعة التجريبية فقط؟

٣ - هل توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلى والبعدى للقلق لدى المجموعة الضابطة؟

فروض الدراسة:

١. توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلى والبعدى للقلق لدى المجموعة التجريبية بحيث يكون القياس القبلى أعلى.

٢. توجد فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى للقلق ومقياس الاسترخاء بعد تطبيق تدريبات الاسترخاء على المجموعة التجريبية، بحيث يكون متوسط المجموعة الضابطة أعلى فى القلق، ومتوسط المجموعة التجريبية أعلى فى الاسترخاء.

٣. لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلى والبعدى للقلق لدى المجموعة الضابطة.

المنهج والتصميم التجريبي:

استخدمت هذه الدراسة المنهج التجريبي، وذلك لمعرفة أثر الاسترخاء العضلي على القلق، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

وتطلب هذا التصميم التجريبي قياسًا قبليًا لمتغيري القلق والاسترخاء لدى كلتا المجموعتين (التجريبية والضابطة)، ثم إجراء القياس البعدى على كلتا المجموعتين بعد إدخال المتغير التجريبي (الاسترخاء العضلي) على المجموعة التجريبية فقط.

وقد روعي عند اختيار العينة تكافؤ المجموعتين في عدد من المتغيرات التي يمكن أن تتدخل مثل: السن، والسنة الدراسية، ومستوى القلق، وعدد ساعات النوم أيام الدراسة، وعدد ساعات النوم في عطلة نهاية الأسبوع[1].

العينـــة:

تكونت عينة الدراسة من (٨٠) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية، تتراوح أعمارهن بين (١٣- ١٩) سنة، حصلن على درجات مرتفعة على مقياسى القلق، ودرجات منخفضة على مقياس الاسترخاء، وقسموا إلى مجموعتين، الأولى تجريبية (ن = ٤٠) والثانية ضابطة (ن = ٤٠) كما سنفصل فيما يلي.

طريقة اختيار العينة:

اختيرت عينة الدراسة اعتمادًا على الدرجة الكلية على مقياسي القلق ومقياس الاسترخاء في المقام الأول، فقد قامت المؤلفة بتطبيق مقياسى القلق ومقياس الاسترخاء على (٥٢٥) طالبة، واختير أعلى ٨٠ طالبة على مقياسى القلق، كما تم اختيارهن كذلك على أساس درجاتهن المنخفضة على مقياس

---

(١) انظر: رجاء أبو علام، ١٩٩٨، ص١٤٤.

الاسترخاء، ثم تم تقسيمهن إلى مجموعتين بطريقة الانتقاء التبادلى، حيث وزعت الثمانون طالبة إلى الأرقام الفردية فى المجموعة التجريبية والأرقام الزوجية فى المجموعة الضابطة.

خصائص العينة:

تبين الجداول (من 1 -٧) خصائص المجموعتين من حيث بعض المتغيرات الأساسية.

جدول (١): المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) وقيمة "ت" للعمر للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة

	ن	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤٠	١٦,٤٣	١,٥٢	٠,٦٥	غير دالة إحصائيًا
المجموعة الضابطة	٤٠	١٦,٦٣	١,٣٥		

جدول (٢): المتوسط والانحراف المعياري وقيمة "ت" للصف الدراسي للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة

	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٢,٤٠	١,٠٣	١,٢٤	غير دالة إحصائيًا
المجموعة الضابطة	٢,٦٥	١,٠١		

جدول (٣): المتوسط والانحراف المعيارى وقيمة "ت" للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة من حيث عدد ساعات النوم في أيام الدراسة

	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٦,٢٣	١,٤٨	٠,٢١	غير دالة إحصائيًا
المجموعة الضابطة	٦,١٨	١,٢٠		

جدول (٤): المتوسط والانحراف المعياري وقيمة "ت" للمجموعتين التجريبية والضابطة من حيث عدد ساعات النوم فى عطلة نهاية الأسبوع

	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٩,٢٣	١,٤٠	٠,٦٠	غير دالة إحصائيًا
المجموعة الضابطة	٩,٤٥	١,٩١		

جدول (٥): المتوسط والانحراف المعياري وقيمة "ت" للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة على مقياس جامعة الكويت للقلق

	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٥٦,٦٠	٧,٢١	٠,٩٩	غير دالة إحصائيًا
المجموعة الضابطة	٥٨,٢٥	٦,٧٠		

جدول (٦): المتوسط والانحراف المعيارى وقيمة "ت" للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجرية على مقياس سمة القلق (سبيلبيرجر وزملاؤه)

	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٦٠,٠٨	٦,٢٦	٠,٨٨	غير دالة إحصائيًا
المجموعة الضابطة	٥٨,٨٣	٦,٤٨		

جدول (٧): المتوسط والانحراف المعيارى وقيمة "ت" للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة على مقياس الاسترخاء

	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤٢,٨٥	٧,٢٩	٠,٩١	غير دالة إحصائيًا
المجموعة الضابطة	٤١,٤٥	٥,٩٢		

تشير النتائج السابقة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات: العمر، والسنة الدراسية، وعدد ساعات النوم أيام الدراسة، وعدد ساعات النوم في عطلة نهاية الأسبوع، وكذلك في مقياسي القلق، ومقياس الاسترخاء.

أدوات الدراسة:

(١) قائمة القلق (الحالة والسمة):

وهى من تأليف سبيلبيرجر وزملائه، تعريب: أحمد عبد الخالق عام ١٩٩٢.

وتتكون القائمة من مقياسين منفصلين للتقدير الذاتي لقياس حالة القلق وسمة القلق، وقد استخدم فى هذه الدراسة مقياس سمة القلق فقط، ويشمل عشرين عبارة تهدف إلى تقدير ما يشعر به المفحوص بوجه عام.

وقد تم ترجمة بنود المقياس إلى العربية، ثم عرضت الترجمة والأصل الإنجليزي على أربعة من علماء النفس المصريين الذين يتقنون اللغتين لمراجعة تكافؤ المعنى بين اللغتين في كل بند، ولبيان مدى كفاءة الترجمة، وأجريت التصويبات اللازمة، وبعد ذلك ترجمت البنود العربية المقترحة ترجمة عكسية إلى الإنجليزية، ثم طوبقت البنود الإنجليزية الناتجة عن الخطوة الأخيرة (الترجمة العكسية) على البنود الأصلية الإنجليزية، وقد أعيدت ترجمة البنود التي لم تتطابق مع الترجمة العكسية لها.

وتم حساب معاملات ثبات الصيغة العربية بطريقتي إعادة التطبيق والاتساق الداخلي وكانت معاملات الثبات لمقياس سمة القلق تتراوح بين (٠.٧٧) و (٠.٩١)، كما تم حساب معاملات الصدق بست طرق منها الارتباط بين مقياسي حالة القلق وسمة القلق، والارتباط بمقياس "تايلور" للقلق الصريح،وقد تراوحت معاملات الصدق بين (٠.٦٨) و (٠.٧١)، وهى معاملات مرتفعة. واستخدمت القائمة فى عدد غير قليل من البحوث العربية، وكان ذلك في مصر والمملكة العربية السعودية والكويت وقطر واليمن ولبنان[١].

كما استخدمت على عينة من الطلاب الجامعيين الكويتيين قبل العدوان العراقى[٢]، واستخدمت على عدد غير قليل من العينات الكويتية بعد العدوان العراقى ومنها طلاب الثانوى[٣].

(١) سبيلبيرجر وزملاؤه، تعريب: أحمد عبدالخالق، ١٩٩٢.

(2) Abdel - Khalek & Omar ,1988

(٣) أحمد عبدالخالق، ومحمد نجيب الصبوة، وفريح العنزى، ١٩٩٥.

(٢) مقياس جامعة الكويت للقلق K U A S)):

وهو مقياس تقرير ذاتي من تأليف أحمد عبد الخالق[1]، ويتكون هذا المقياس من عشرين عبارة مختصرة، تهدف إلى تقدير الفروق الفردية في سمة القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية والجامعة، ويجاب عن القائمة على أساس أربع فئات على طريقة "ليكرت" (نادرًا - أحيانًا - كثيرًا - دائمًا)، وتقدر هذه البدائل عبر مدى يتراوح بين ١ و٤ درجات.

وتتراوح معاملات ثبات القائمة بين (٠.٧٠) و(٠.٩٣) بطريقتي ألفا وإعادة الاختبار، كما يتراوح الصدق بين (٠.٧٠) و(٠.٨٨)، وللمقياس معايير كويتية على عينات كبيرة الحجم من طلاب المرحلة الثانوية والجامعة.

(٣) مقياس الاسترخاء (من إعداد المؤلفة):

وصف المقياس:

اختيرت عبارات مقياس الاسترخاء من اختبارات للقلق مثل مقياس جامعة الكويت للقلق، ومقياس (كاتل) للقلق، وقائمة الاسترخاء المفصل من وضع "سكوجين، وفلويد"[2]، وعبارات التدريب على الاسترخاء من وضع "إلمر، وجرين"[3]، مع مراعاة اختيار الفقرات التي تتسق مع تعريف الاسترخاء ومظاهره، وأهداف المقياس التى سبق تحديدها.

ووصل مجموع الفقرات التي تم اختيارها من هذه المصادر إلى (٩٩) عبارة، وقد حذفت العبارات المكررة فأصبح المقياس مكونًا من (٣٠) عبارة، ثم عرض المقياس في صورته المبدئية هذه على تسعة محكمين من أعضاء هيئة

---

(1) Abdel – Khalek. 2000
(2) Scogin & Floyd. 1998.
(3) Elmer & Green.1986

التدريس بقسم علم النفس في جامعة الكويت[1]، وأثناء ذلك طبق المقياس على عينة قوامها (٣٥) طالبة لمعرفة مدى وضوح العبارات، ثم أجريت التعديلات اللازمة بناءً على آراء السادة المحكمين، وملاحظات المبحوثين. وقنن المقياس على (٥٣٥) طالبة.

بعد إجراء التعديلات السابقة وعمل تحليل للفقرات أصبح المقياس يشمل عشرين عبارة بطريقة التقرير الذاتي، ويجاب عن كل عبارة باختيار أحد البدائل الأربعة أمام كل عبارة لتحديد مدى انطباقها أو عدم انطباقها على الشخص المستجيب.

ويمكن أن يطبق هذا المقياس بصورة فردية أو جمعية.

مراحل تصميم مقياس الاسترخاء لدى طالبات المرحلة الثانوية:

أ - تحديد الهدف من المقياس:

يهدف هذا المقياس إلى قياس مدى الاسترخاء العضلي والفكري ونقص القلق والشد والتوتر لدى طالبات المرحلة الثانوية بدولة الكويت من عمر ١٥ سنة وما بعدها، ومثل هذا المقياس - في حدود علم المؤلفة - غير متاح بالعربية.

ويفيد هذا المقياس في التقدير الكمي لحالتي الاسترخاء أو التوتر، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس إلى الاسترخاء العضلي، وانخفاض القلق، وانخفاض التوتر، وانخفاض الانقباضات والشد في العضلات، والإحساس بالهدوء والراحة، وهذه هي مظاهر الاسترخاء العضلي.

(١) هم الأساتذة: د . بدر الأنصاري، د . عبد اللطيف خليفة، د . صفوت فرج، د . حسن عبد اللطيف، د . حصة الناصر، د . كامل فراج، د . نادية الحمدان، د . هدى جعفر.

ب - تحديد أبعاد المقياس:

عرف الاسترخاء Relaxation بأنه حالة خلو من التوتر، تتوقف فيها مشاعر القلق والغضب والخوف المزعجة، وتسودها مشاعر الهدوء والسكينة. واعتماداً على هذا التعريف حددت أبعاد مقياس الاسترخاء ليقيس الجوانب الآتية: الاسترخاء العضلي، ونقص القلق، وانخفاض التوتر، وانخفاض الانقباضات والشد في العضلات، والإحساس بالهدوء والراحة. وقد عدت هذه الأبعاد مظاهر للاسترخاء العضلي كما يقيسها المقياس.

جـ - اختيار الفقرات:

وضعت المؤلفة عدداً من العبارات، كما استمدت فقرات أخرى من مقاييس سابقة أهمها قائمة جامعة الكويت للقلق، ومقياس (كاتل) للقلق، وقائمة الاسترخاء المفصل من وضع "سكوجين، وفلويد"[1]، وعبارات التدريب على الاسترخاء "لإلمر، وجرين"[2]، مع مراعاة اختيار الفقرات التي تتسق مع تعريف الاسترخاء ومظاهره وهدفه. ووصل مجموع الفقرات التي تم اختيارها إلى (٩٩) عبارة، ثم انتقت المؤلفة أفضل (٣٠) عبارة ـ بتوجيه من المشرف على الرسالة ـ للعرض على المحكمين.

د - عرض المقياس على المحكمين وتطبيقه على المبحوثين:

عرض هذا المقياس في صورته المبدئية المكونة من (٣٠) عبارة على ثمانية محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية في جامعة الكويت، وأثناء ذلك طبق المقياس على عينة قوامها (٣٥) طالبة لمعرفة مدى وضوح العبارات، ثم أجريت التعديلات اللازمة بناءً على آراء السادة المحكمين، وملاحظات المبحوثين والتي أسفرت عما يلي:

---

(1) Scogin & Floyd, 1998.
(2) Elmer & Green, 1997.

١- حذف بعض العبارات الصعبة وغير المفهومة.

٢- حذف بعض العبارات المكررة.

٣- تعديل صياغة بعض العبارات.

٤- تقسيم بعض العبارات لأكثر من عبارة.

٥- دمج بعض العبارات.

وبعد إجراء التعديلات السابقة وعمل تحليل للفقرات أصبح المقياس يشمل عشرين عبارة يجاب عنها على أساس بدائل رباعية (انظر: ملحق ٤).

هـ - حساب ثبات المقياس وصدقه:

أولاً: ثبات المقياس:

طبق المقياس فى صيغته النهائية (٢٠ عبارة) على (١٢٠) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية، ثم أعيد تطبيقه بعد ثلاثة أسابيع على المجموعة ذاتها، ووصل معامل ثبات إعادة التطبيق إلى (٠.٨٧)، وهو معامل ثبات مرتفع. وتراوحت معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية بعد عزل البند لعدد (٥٢٥) طالبة بين (٠.٣٠) و (٠.٥٨)، وكلها دالة إحصائيًا (انظر: جدول ٨)، ووصل معامل ألفا إلى (٠.٧٩)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي للمقياس

جدول (٨): المتوسطات والانحرافات المعيارية لعبارات مقياس الاسترخاء وارتباط (ر) كل بند بالدرجة الكلية بعد عزل البند

رقم العبارة	م	ع	ر
١	٢,٢٥	٠,٩٩	٠,٣٢
٢	٣,٠٤	٠,٩٩	٠,٣١
٣	٣,٠٢	٠,٩٧	٠,٣٩
٤	٢,٢٢	٠,٩٠	٠,٥٧
٥	٣,٣٠	٠,٩٠	٠,٣٣
٦	٢,١٩	٠,٩٣	٠,٥٢
٧	٢,٥٤	٠,٩٦	٠,٥٨

رقم العبارة	م	ع	ر
٨	٢,١٦	٠,٨٩	٠,٥٤
٩	٢,٨٢	١,٠٧	٠,٤٠
١٠	٢,١٤	٠,٩١	٠,٥٨
١١	٣,١٠	٠,٨٩	٠,٣١
١٢	٣,٤٠	٢,٠١	٠,٣٥
١٣	٢,١٩	١,٠٠	٠,٥٨
١٤	٢,٣٠	١,٠٣	٠,٥٧
١٥	٢,٣٦	٠,٩٩	٠,٣٥
١٦	٢,٥٤	١,٠٠	٠,٤٩
١٧	٢,٣٧	٠,٩٧	٠,٥٥
١٨	٢,٦٨	١,٠٢	٠,٣٠
١٩	١,٨٩	٠,٨٨	٠,٣٩
٢٠	٢,٢٢	٠,٩٦	٠,٥١

ثانيًا: صدق المقياس:

افترض أن الاسترخاء عكس القلق، ومن ثم حسب الارتباط بين مقياسيهما، ووصل الارتباط بين مقياس الاسترخاء وكل من: مقياس جامعة الكويت للقلق إلى (- ٠.٤٩)، ومقياس سمة القلق (- ٠.٥٨)، ويدل المعاملان الأخيران على الصدق الاختلافي لمقياس الاسترخاء.

تصحيح المقياس:

تتراوح درجة كل عبارة بين (١ - ٤) درجات، كما هو مبين في جدول (١)، بحيث إذا وضعت علامة (✓) أمام العبارة في العمود "نادرًا"، فإنها تحصل على درجة واحدة، وتحصل على درجتين إذا وضعت العلامة في العمود "أحيانًا"، بينما إذا وضعتها في العمود "كثيرًا"، فإنها تحصل على ثلاث درجات، وتحصل على أربع درجات إذا وضعت العلامة في العمود "دائمًا"، وهذا بالنسبة لكل عبارات المقياس ما عدا ست عبارات معكوسة أو مكتوبة

بصيغة النفي وهى أرقام: ٢، ٣، ٥، ٩، ١١، ١٢، وفى هذه العبارات الأخيرة، فإن نادرًا = ٤، وأحيانًا = ٣، وكثيرًا = ٢، ودائمًا = ١،ويبين جدول (١) درجات البدائل الأربعة للمقياس.

جدول (٩): درجات البدائل الأربعة للمقياس

نادرًا	أحيانًا	كثيرًا	دائمًا
١	٢	٣	٤

ويتم حساب الدرجة الكلية على المقياس بجمع الدرجات التي اخترتها لكل عبارة من العشرين مع ملاحظة عكس تقديرات العبارات الست التي ذكرت أرقامها.

الدرجة العظمى للمقياس هى ٨٠ درجة، وهى تعبر عن أعلى درجات الاسترخاء، والدرجة الصغرى للمقياس ٢٠ درجة، وهى تعبر عن أعلى درجات التوتر، ومتوسط المقياس هو ٥٠ درجة بانحراف معياري ٤ درجات.

وهذا يعنى أن الدرجة التي تتراوح بين ٤٦ إلى ٥٤ تعتبر فى المدى المتوسط، وإن قلت الدرجة عن ذلك يعنى أنك تعانى من التوتر، أما إن زادت عن ذلك، فتعنى أنك تميل إلى الاسترخاء، مع مراعاة الفروق فى نسبة الزيادة والنقصان، ويبين ملخصًا لهذه الدرجات جدول (٢).

جدول (١٠): معنى الدرجة على مقياس الاسترخاء

الدرجة	تفسير الدرجة
٤٥ فأقل	توتر مرتفع
٤٦ - ٥٤	المدى المتوسط
٥٥ فأعلى	استرخاء مرتفع

٤) شريط صوتي لتدريبات الاسترخاء:

قامت المؤلفة بالاستماع إلى عديد من الشرائط الصوتية لتدريبات الاسترخاء العربية والأجنبية[١].

بالإضافة إلى قراءة كثير من التدريبات المكتوبة لمختلف أنواع الاسترخاء، واتضح أن غالبية الشرائط والمراجع تشترك معًا فى المجموعات العضلية وترتيبها بداية من اليد اليسرى، ثم اليمنى، ثم تتوالى المجموعات العضلية واحدة تلو الأخرى حتى يتم الاسترخاء التام للجسم، وقد أفادت المؤلفة من هذه الشرائط والمراجع، وصاغت ـ بإشراف المشرف على الرسالة ـ مادة جديدة مكتوبة تعد أساس الشريط المستخدم فى هذه الدراسة.

التحليلات الإحصائية:

استخدمت المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين الاسترخاء والقلق، واختبار "ت" للمقارنة بين متوسطين، ومعامل ألفا لحساب ثبات مقياس الاسترخاء[٢].

إجراءات الدراسة:

اختارت الباحثة عدد (٨٠) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية اعتمادًا على درجاتهن المرتفعة على مقياسي القلق، ودرجاتهن المنخفضة على مقياس الاسترخاء، ثم قسموا تبادليًا إلى مجموعتين، وظهر أن الفروق بينهما غير دالة إحصائيًا في كل من: العمر، والصف الدراسي، وبعض المتغيرات الأخرى كما سبق أن فصلنا، ثم طبق الاختبار القبلي على مجموعتي الدراسة، بعد ذلك قامت المؤلفة بمقابلة أولية لكل طالبة في المجموعة التجريبية قبل بداية جلسات

(١) انظر: عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، محمد نجيب الصبوة (غير منشور)، Craze, 1998 ; Elmer, 1996 ; Larry, 1998 ; Madders, 1997 ; Northfield, 1977 ; Scogin, 1998 ;

(٢) محمود أبو النيل، ١٩٨١، ص٢٢٠.

التدريب لإعطائها فكرة مختصرة عن التدريبات، وترك حرية الاختيار لها فى المشاركة فى البحث، ثم أخذ موافقتها وموافقة ولى الأمر كتابيًا، تلا ذلك عمل تدريبات الاسترخاء للمجموعة التجريبية فقط دون المجموعة الضابطة.

وكان عدد جلسات الاسترخاء (٦) جلسات، أجريت على مدى ثلاثة أسابيع بواقع جلستين أسبوعيًا لكل طالبة بصورة فردية، وكانت الجلسات تتم في غرفة بالمدرسة جيدة الإضاءة والتهوية، ومجهزة بكرسي جلد مريح، وجهاز تسجيل، وعلقت على باب الغرفة لافتة "ممنوع الإزعاج" لضمان الهدوء التام في الجلسة، وأخيرًا أجرى القياس البعدى لمقياسى القلق، ومقياس الاسترخاء، وقورن بين القياسين بالنسبة للمجموعتين: التجريبية والضابطة.

ملاحظات التطبيق:

١- بعد الجلسة الأولى شعرت بعض الطالبات بالألم في بعض العضلات، وقد وضحت المؤلفة ذلك للطالبات بقولها: إن ذلك أمر طبيعي بعد تمارين الشد والاسترخاء للعضلات المختلفة، وأن هذا أيضًا يحدث عند القيام بأي تمارين رياضية لأول مرة.

٢- بعض الطالبات شعرن بقدرتهن على التحكم في عضلاتهن في الشد والاسترخاء، وقد أبدين هذه الملاحظة الجيدة بعد الجلسة الثالثة.

٣- ذكرت بعض الطالبات أن هذه التمرينات ساعدتهن على الدخول إلى النوم سريعًا بعد فترات طويلة من الجهد والتعب والاستذكار.

٤- قالت بعض الطالبات أنه عند القيام بهذه التمرينات بعد المواقف الضاغطة (كالامتحان مثلاً) تكون الاستفادة من هذه التمرينات أكبر بالنسبة إلى القيام بها في المجالات الطبيعية.

٥- اعتادت إحدى الطالبات في العينة التجريبية على تحريك قدميها بصورة آلية أثناء المقابلة الأولية وفي الجلسة الأولى، إلا أن هذه الحركة اللاإرادية والتي تدل غالبًا على القلق قد انخفضت حدتها في الجلستين الثالثة والرابعة، وفي الجلسة الأخيرة كانت هذه الحركة خفيفة جدًا بحيث لا يمكن لأحد ملاحظتها إلا إذا كانت لديه فكرة مسبقة عنها.

٦- لاحظت بعض الطالبات أن هذه التمرينات ساعدتهن على التركيز وزادت من قدرتهن على الحفظ في عملية الاستذكار.

٧- تم تعليق لافتة "ممنوع الإزعاج" على غرفة التطبيق لضمان عدم دخول أحد أثناء الجلسة.

الصعوبات التي واجهت الباحثة:

١- في الجلسة الأولى تم التوقف في منتصفها بسبب مقاطعة الجرس وصوته المرتفع، مما أدى إلى إعادة الجلسة مرة أخرى.

٢- احتاجت بعض الطالبات لوقت أطول للاندماج مع التمرينات والالتزام بها أثناء الجلسة.

٣- ظهرت صعوبات متعلقة بظروف التطبيق في الجو المدرسي من فرص، وحصص، وجرس.

٤- استدعاء الطالبات من بعض الحصص كالرسم والتربية الرياضية وبعض الحصص الاحتياطية.

٥- محاولة توفير الوسائل اللازمة للجلسة من كرسي جلد مريح، وأجهزة التسجيل.





الفصل السابع

نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها

الفصل السابع
نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها

سوف تُعرض نتائج الدراسة اعتمادًا على تساؤلاتها على النحو التالي:

أولاً: الفرق بين القياسين القبلي والبعدى للقلق والاسترخاء في المجموعة التجريبية:

طُبق مقياسا القلق على المجموعة التجريبية بعد ست جلسات من تمرينات الاسترخاء، فظهرت فى القياس البعدى للقلق والاسترخاء فروق دالة إحصائيًا على الوجه التالي:

١. مقياس جامعة الكويت للقلق:

كان متوسط المجموعة التجريبية في القياس القبلي لهذا المقياس ٥٦.٦٠، وانحراف معياري مقداره ٧.٢١، في حين أصبح متوسط المجموعة ذاتها على هذا المقياس فى القياس البعدى ٥٠.٣٣، وانحراف معياري مقداره ١١.٠٩. وبإجراء اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفرق بين القياسين وجد أن قيمة "ت" = ٣.٤٣ .

وبالكشف عنها في جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق دال إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١، حيث إن قيمة " ت " في جدول الدلالة = ٢.٧٠ (انظر: جدول ٩)، وتشير هذه النتيجة إلى انخفاض القلق في القياس البعدى للمجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية تدريبات الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق.

جدول (١١): المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس جامعة الكويت للقلق فى القياسين القبلى والبعدى (قبل تمرينات الاسترخاء وبعدها)

المجموعة التجريبية	ن	م	ع	ت	الدلالة
القياس القبلي	٤٠	٥٦,٦٠	٧,٢١	٣,٤٣	٠,٠١
القياس البعدى	٤٠	٥٠,٣٣	١١,٠٩		

٢. مقياس سمة القلق:

كان متوسط المجموعة التجريبية في القياس القبلي على مقياس سمة القلق ٦٠.٠٨، وانحراف معياري مقداره ٦.٢٩، في حين أصبح متوسط هذه المجموعة في القياس البعدى ٥٦.٤٨، وانحراف معياري مقداره ٨.٥٦. وبإجراء اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفرق بين القياسين وجد أن قيمة "ت" = ٢.٨٢.

وبالكشف عنها فى جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق دال إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١، حيث إن قيمة "ت" في جدول الدلالة = ٢.٧٠ (انظر: جدول ١٠)، وتشير هذه النتيجة إلى انخفاض سمة القلق في القياس البعدى للمجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية تدريبات الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق.

جدول (١٢): المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس سمة القلق فى القياسين القبلى والبعدى (قبل تمرينات الاسترخاء وبعدها)

المجموعة التجريبية	ن	م	ع	ت	الدلالة
القياس القبلي	٤٠	٦٠,٠٨	٦,٢٩	٢,٨٢	٠,٠١
القياس البعدى	٤٠	٥٦,٤٨	٨,٥٦		

٣. مقياس الاسترخاء:

كان متوسط المجموعة التجريبية في القياس القبلي على مقياس الاسترخاء ٤١.٤٥، وانحراف معياري مقداره ٥.٩٢، في حين أصبح متوسط هذه المجموعة في القياس البعدى ٤٦.٩٥، وانحراف معياري مقداره ٩.٤٧. وبإجراء اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفرق بين القياسين وجد أن قيمة "ت" = ٢.٨٧ .

وبالكشف عنها فى جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق دال إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١، حيث إن قيمة " ت " في جدول الدلالة = ٢.٧٠

(انظر: جدول ١١)، وتشير هذه النتيجة إلى ارتفاع نسبة الاسترخاء في القياس البعدى للمجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية تدريبات الاسترخاء العضلي.

جدول (١٣): المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس الاسترخاء فى القياسين القبلى والبعدى

المجموعة التجريبية	ن	م	ع	ت	الدلالة
القياس القبلي	٤٠	٤١,٤٥	٥,٩٢	٢,٨٧	٠,٠١
القياس البعدى	٤٠	٤٦,٩٥	٩,٤٧		

ثانيًا: الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى للقلق ومقياس الاسترخاء بعد تطبيق تدريبات الاسترخاء على المجموعة التجريبية:

١. مقياس جامعة الكويت للقلق:

كان متوسط المجموعة التجريبية في القياس البعدى على مقياس جامعة الكويت للقلق ٥٠.٣٣، وانحراف معيارى مقداره ١١.٠٩، فى حين كان متوسط المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على المقياس نفسه ٥٧.٢٥، وانحراف معيارى مقداره ١٠.٩١ .

وبإجراء اختبار " ت " للكشف عن دلالة الفرق بين المجموعتين وجد أن قيمة "ت" = ٢.٧١ ، وبالكشف عنها فى جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق دال إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١، حيث إن قيمة "ت" فى جدول الدلالة = ٢.٧٠ (انظر: جدول ١٢).

جدول (١٤): المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقياس جامعة الكويت للقلق

القياس البعدى	ن	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤٠	٥٠,٣٣	١١,٠٩	٢,٧١	*٠,٠١
المجموعة الضابطة	٤٠	٥٧,٢٥	١٠,٩١		

٢. مقياس سمة القلق:

كان متوسط المجموعة التجريبية فى القياس البعدى على مقياس سمة القلق ٥٦.٤٨ ، وانحراف معيارى مقداره ٨.٥٦، فى حين كان متوسط المجموعة الضابطة فى القياس البعدى على المقياس نفسه ٦٠.٠٨، وانحراف معيارى مقداره ٨.١٣ . وبإجراء اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفرق بين المجموعتين وجد أن قيمة "ت" = ١.٩٦ .

وبالكشف عنها فى جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق غير دال إحصائيًا، حيث إن قيمة "ت" فى جدول الدلالة = ٢.٧٠ (انظر: جدول ١٣). ولكن يتضح من جدول (١٠) أن درجة القلق قد انخفضت فى القياس البعدى للمجموعة التجريبية فقط، مما يدل على فاعلية تدريبات الاسترخاء العضلى فى تخفيض القلق، إلا أن الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى سمة القلق بعد تدريبات الاسترخاء لم يكن دالاً.

جدول (١٥): المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقياس سمة القلق

القياس البعدى	ن	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤٠	٥٦,٤٨	٨,٥٦	١,٩٦	غير دال
المجموعة الضابطة	٤٠	٦٠,٠٨	٨,١٣		

٣. مقياس الاسترخاء:

كان متوسط المجموعة التجريبية في القياس البعدى على مقياس الاسترخاء ٤٦.٩٥ ، وانحراف معياري مقداره ٩.٤٧، في حين كان متوسط المجموعة الضابطة في القياس البعدى على المقياس ذاته ٤١.٦٨، وانحراف معياري مقداره ٧.٤٢ وبإجراء اختبار " ت " للكشف عن دلالة الفرق بين المجموعتين وجد أن قيمة " ت " = ٣.١٨ .

وبالكشف عنها في جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق دال إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١، حيث إن قيمة " ت " في جدول الدلالة = ٢.٧٠ (انظر جدول ١٤)، ويبين ذلك أن درجة الاسترخاء قد ارتفعت في القياس البعدى للمجموعة التجريبية عن الضابطة، مما يدل على فاعلية تدريبات الاسترخاء العضلي.

جدول (١٦): المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقياس الاسترخاء

القياس البعدى	ن	م	ع	ت	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤٠	٤٦,٩٥	٩,٤٧	٣,١٨	٠,٠١
المجموعة الضابطة	٤٠	٤١,٦٨	٧,٤٢		

ثالثًا: الفرق بين القياسين القبلي والبعدى للقلق والاسترخاء لدى المجموعة الضابطة:

طبق مقياسا القلق على المجموعة الضابطة بعد ثلاثة أسابيع من التطبيق القبلي، ودون استخدام جلسات التدريب على الاسترخاء، فظهرت في القياس البعدى للقلق فروق غير دالة إحصائيًا على الوجه التالي:

١. مقياس جامعة الكويت للقلق:

كان متوسط المجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس جامعة الكويت للقلق ٢٥ ٥٨. وانحراف معياري مقداره ٧٠ ٦، في حين كان متوسط هذه المجموعة فى القياس البعدى ٢٥ ٥٧، وانحراف معياري مقداره ٩١ ١٠، وبإجراء اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفرق بين القياسين وجد أن قيمة "ت" = ٠٦٥.

وبالكشف عنها في جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق غير دال إحصائيًا حيث إن قيمة "ت" في جدول الدلالة = ٢٧٠، (انظر: جدول ١٥). ويعنى ذلك أن متوسط درجات القلق لم تتغير تغيرًا دالاً بين القياسين.

جدول (١٧): المتوسط والانحراف المعياري لدرجات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلي والبعدى على مقياس جامعة الكويت للقلق

المجموعة الضابطة	ن	م	ع	ت	الدلالة
القياس القبلي	٤٠	٥٨,٢٥	٦,٧٠	٠,٦٥	غير دال
القياس البعدى	٤٠	٥٧,٢٥	١٠,٩١		

٢. مقياس سمة القلق:

كان متوسط المجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس سمة القلق ٥٨.٨٣، وانحراف معياري مقداره ٦.٤٨، فى حين كان متوسط هذه المجموعة فى القياس البعدى ٦٠.٠٨، وانحراف معياري مقداره ٨.١٣ . وبإجراء اختبار " ت " للكشف عن دلالة الفرق بين القياسين وجد أن قيمة " ت " = ١.١٩.

وبالكشف عنها فى جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق غير دال إحصائيًا حيث إن قيمة " ت " فى جدول الدلالة = ٢.٧٠ (انظر جدول١٦)، بما يعنى أن متوسط درجات القلق لم تتغير تغيرًا دالاً بين القياسين.

جدول (١٨): المتوسط والانحراف المعيارى لدرجات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدي على مقياس سمة القلق

المجموعة الضابطة	ن	م	ع	ت	الدلالة
القياس القبلى	٤٠	٥٨,٨٣	٦,٤٨	١,١٩	غير دال
القياس البعدى	٤٠	٦٠,٠٨	٨,١٣		

٣. مقياس الاسترخاء:

كان متوسط المجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس الاسترخاء ٤١.٤٥ ، وانحراف معياري مقداره ٥.٩٢ ، في حين كان متوسط هذه المجموعة فى القياس البعدى ٤١.٦٨ ، وانحراف معياري مقداره ٧.٤٢ . وبإجراء اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفرق بين القياسين وجد أن قيمة " ت " = ٠.١٩.

وبالكشف عنها في جدول الدلالة الإحصائية وجد أن الفرق غير دال إحصائيًا حيث إن قيمة "ت" في جدول الدلالة = ٢.٧٠ (انظر: جدول١٧)، ويعنى ذلك أن متوسط درجات الاسترخاء لم تتغير تغيرًا دالاً بين القياسين.

جدول (١٩): المتوسط والانحراف المعياري لدرجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدى على مقياس الاسترخاء

المجموعة الضابطة	ن	م	ع	ت	الدلالة
القياس القبلي	٤٠	٤١,٤٥	٥,٩٢	٠,١٩	غير دال
القياس البعدى	٤٠	٤١,٦٨	٧,٤٢		

درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جامعة الكويت للقلق:

فيما يلى عرض للتكرارات والنسب المئوية لدرجات القياسين القبلى والبعدى للمجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس جامعة الكويت للقلق مع النسب المئوية لهذه الدرجات (انظر: الجدولين ١٨، ١٩).

جدول (٢٠): التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس القبلى لمقياس جامعة الكويت للقلق

درجات مقياس جامعة الكويت للقلق	المجموعة التجريبية	النسبة %	المجموعة الضابطة	النسبة %
٤٠ – ٤٩	٩	%٢٢,٥	٧	%١٧,٥
٥٠ – ٥٩	١٨	%٤٥,٠	١٥	%٣٧,٥
٦٠ – ٦٩	١١	%٢٧,٥	١٦	%٤٠,٠
٧٠ – ٧٩	٢	%٥,٠	٢	%٥,٠
الإجمالي	٤٠	%١٠٠	٤٠	%١٠٠

جدول (٢١): انتكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدى لمقياس جامعة الكويت للقلق

درجات مقياس جامعة الكويت للقلق	المجموعة التجريبية	النسبة %	المجموعة الضابطة	النسبة %
٢٠ – ٢٩	١	%٢,٥	–	%٠,٠
٣٠ – ٣٩	٦	%١٥,٠	٢	%٥,٠
٤٠ – ٤٩	١٢	%٣٠,٠	١٠	%٢٥,٠

النسبة %	المجموعة الضابطة	النسبة %	المجموعة التجريبية	درجات مقياس جامعة الكويت للقلق
%٢٥,٠	١٠	%٣٢,٥	١٣	٥٠ – ٥٩
%٣٠,٠	١٢	%١٢,٥	٥	٦٠ – ٦٩
%١٥,٠	٦	%٧,٥	٣	٧٠ – ٧٩
%١٠٠	٤٠	%١٠٠	٤٠	الإجمالي

درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس سمة القلق:

يبين الجدولين ٢٠، ٢١ هذه النتيجة.

جدول (٢٢): التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس القبلي لمقياس سمة القلق

النسبة %	المجموعة الضابطة	النسبة %	المجموعة التجريبية	درجات مقياس سمة القلق
%٧,٥	٣	%٥,٠	٢	٤٠ – ٤٩
%٤٢,٥	١٧	%٣٧,٥	١٥	٥٠ – ٥٩
%٤٧,٥	١٩	%٥٢,٥	٢١	٦٠ – ٦٩
%٢,٥	١	%٥,٠	٢	٧٠ – ٧٩
%١٠٠	٤٠	%١٠٠	٤٠	الإجمالي

جدول (٢٣): التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدى لمقياس سمة القلق

النسبة %	المجموعة الضابطة	النسبة %	المجموعة التجريبية	درجات مقياس سمة القلق
%١٠,٠	٤	%٢٠,٠	٨	٤٠ – ٤٩
%٣٧,٥	١٥	%٤٢,٥	١٧	٥٠ – ٥٩
%٤٠,٠	١٦	%٣٠,٠	١٢	٦٠ – ٦٩
%١٢,٥	٥	%٧,٥	٣	٧٠ – ٧٩
%١٠٠	٤٠	%١٠٠	٤٠	الإجمالي

درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاسترخاء:

يبين الجدولان ٢٢، ٢٣ هذه النتيجة.

جدول (٢٤): التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس القبلي لمقياس الاسترخاء

درجات مقياس الاسترخاء	المجموعة التجريبية	النسبة %	المجموعة الضابطة	النسبة %
٢٠ – ٢٩	٣	%٧,٥	١	%٢,٥
٣٠ – ٣٩	١٠	%٢٥,٠	١٣	%٣٢,٥
٤٠ – ٤٩	٢١	%٥٢,٥	٢٤	%٦٠,٠
٥٠ – ٥٩	٥	%١٢,٥	٢	%٥,٠
٦٠ – ٦٩	١	%٢,٥	–	%٠,٠
الإجمالي	٤٠	%١٠٠	٤٠	%١٠٠

جدول (٢٥): التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي لمقياس الاسترخاء

درجات مقياس الاسترخاء	المجموعة التجريبية	النسبة %	المجموعة الضابطة	النسبة %
٢٠ – ٢٩	–	%٠,٠	٢	%٥,٠
٣٠ – ٣٩	٨	%٢٠,٠	٩	%٢٢,٥
٤٠ – ٤٩	١٧	%٤٢,٥	٢٥	%٦٢,٥
٥٠ – ٥٩	١٢	%٣٠,٠	٣	%٧,٥
٦٠ – ٦٩	٣	%٧,٥	١	%٢,٥
الإجمالي	٤٠	%١٠٠	٤٠	%١٠٠

وتشير النتيجة العامة للجداول (١٨ ـ ٢٣) إلى زيادة الدرجات المنخفضة في القلق لدى المجموعة التجريبية بعد تمرينات الاسترخاء العضلي بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة. وعلى العكس من ذلك فقد ظهرت زيادة في الدرجات المرتفعة في الاسترخاء لدى المجموعة التجريبية بعد تمرينات الاسترخاء العضلي بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة.

مناقشة النتائج

سيتم مناقشة نتائج الدراسة في محورين أساسيين:

الأول: مناقشة لفروض الدراسة لبيان مدى تحققها.

الثاني: مناقشة عامة لنتائج الدراسة ككل، ثم تختتم بتعليق عام، مع بعض التوصيات والمقترحات.

أولاً: مدى تحقق فروض الدراسة

١. مناقشة نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على "أن هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدى للقلق لدى المجموعة التجريبية بحيث يكون القياس القبلى أعلى"، وقد كشفت نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات عن وجود فرق دال إحصائيًا بحيث كان متوسط درجات القلق في القياس القبلي أعلى منها في القياس البعدى.

وتعنى هذه النتيجة أنه بعد ممارسة الطالبات لتدريبات الاسترخاء في المجموعة التجريبية لمدة ست جلسات انخفض مستوى القلق لديهن بالمقارنة إلى القياس القبلى، مما يدل على أن تدريبات الاسترخاء العضلي قد أسهمت بشكل واضح في التقليل من متوسط القلق.

وبذلك يكون الفرض الأول قد تحقق بشكل كامل، ويتفق ذلك مع كثير من الدراسات السابقة[1]، حيث بينت هذه الدراسات أثر أسلوب الاسترخاء في التقليل من القلق، إذ تساعد ممارسة تدريبات الاسترخاء العضلى

---

(١) انظر مثلاً: Crobill, 1983 . Drummend, 1997 . Kumaraiah, 1979 . Rankin, 1993 . Sapp, 1996 .

على التحكم فى عضلات الجسم، وإدراك الفرق بين الشد والتوتر، وبالتالى معرفة طرق التخلص من الشد والتوتر الذى يعد من الأعراض الأساسية للقلق.

٢. مناقشة نتائج الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى على "وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدي للقلق ومقياس الاسترخاء بعد تطبيق تدريبات الاسترخاء على المجموعة التجريبية بحيث يكون متوسط المجموعة الضابطة أعلى فى القلق، ومتوسط المجموعة التجريبية أعلى فى الاسترخاء".

وقد كشفت نتائج اختبار "ت" عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة - في القياس البعدى - على مقياس جامعة الكويت للقلق (متوسط المجموعة الضابطة أعلى)، ووجود فروق دالة إحصائيًا على مقياس الاسترخاء (متوسط المجموعة التجريبية أعلى)، ولكن لم يظهر فرق دال إحصائيًا بين المجموعتين على مقياس سمة القلق.

وحيث إن الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء التجربة يكمن في ممارسة الطالبات في المجموعة التجريبية لتمرينات الاسترخاء، فمن الممكن أن نستنتج أن ممارسة تدريبات الاسترخاء في المجموعة التجريبية قد أسهمت في خفض مستوى القلق كما يقاس بمقياس جامعة الكويت للقلق بالمقارنة إلى كل من: مستوى القلق قبل أداء تدريبات الاسترخاء أولاً، ومتوسط المجموعة الضابطة ثانيًا.

كما كشفت نتائج اختبار " ت " عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاسترخاء فى القياس البعدى، بحيث كان متوسط المجموعة التجريبية أعلى من متوسط المجموعة الضابطة، وتؤكد هذه النتيجة هذه الجزئية من الفرض الثانى، فقد أسهمت تدريبات

الاسترخاء العضلي فى زيادة وعى الطالبات بطبيعة الاسترخاء وفوائده، ومن ثم استخدامه فى بعض المواقف الضاغطة والإحساس به والتعبير عنه، بعكس المجموعة الضابطة التى لم تتعرف الاسترخاء ولم تمارسه.

وفيما يختص بمقياس سمة القلق (سبيلبيرجر وزملاؤه) والفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدى لسمة القلق، فعلى الرغم من أن متوسط المجموعة الضابطة كان أكبر من المجموعة التجريبية، فإن هذا الفرق لم يكن دالاً إحصائيًا، وقد يرجع عدم دلالة الفرق لطبيعة المقياس نفسه، ومن الممكن أن يرجع ذلك إلى طبيعة المقياس ذاته حيث إن بعض عباراته طويلة نسبيًا، وتوجد به تسع عبارات منفية بما يعادل ٤٥٪ من عبارات الاختبار، ومن الممكن أن يكون عدد من المفحوصات لم يستوعبن مثل هذه الأسئلة بوجه خاص. هذا فضلاً عن أن الجانب الجسمي Somatic في مقياس "سبيلبيرجر" وزملائه يعد ناقصًا كما بينت بعض الدراسات[١]، ومن الواضح أن الجانب الجسمي هو ذلك الجانب من القلق الذى يعد أكثر ارتباطًا بالتوتر والاسترخاء.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة مايسة محمد شكرى (١٩٩٢) حيث طبقت مقياسي حالة القلق وسمة القلق على مجموعة من الإناث لدراسة أثر تمرينات "الأيروبك" فى التقليل من القلق. وأظهرت نتائجها فروقًا ذات دلالة إحصائية بين القياسين قبل استخدام تمرينات الأيروبك، وبعدها على مقياس حالة القلق، فى حين لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات العينة ذاتها على مقياس سمة القلق.

(١) انظر: Keedwell & Snaith 1996.

وتدل نتيجة هذه الدراسة على أن الفرض قد تحقق فيما يختص بنتائج مقياس جامعة الكويت للقلق ومقياس الاسترخاء، ولم يتحقق بالنسبة لنتائج مقياس سمة القلق.

٣. مناقشة نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على "عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدى للقلق لدى المجموعة الضابطة". وقد أيدت نتائج اختبار "ت" هذا الفرض، وتعنى هذه النتيجة أن عدم ممارسة المجموعة الضابطة لتدريبات الاسترخاء العضلي قد ساعدت على استمرار معدلات القلق في القياس البعدى كما كانت عليه في القياس القبلي، مما يؤكد - من ناحية أخرى - أهمية تدريبات الاسترخاء وفاعليتها في تخفيض القلق، وبذلك يكون الفرض الثالث قد تحقق بشكل كامل.

ثانيًا: مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلى فى التقليل من سمة القلق لدى طالبات المرحلة الثانوية، كما هدفت أيضًا إلى بيان مدى ثبات مقياس الاسترخاء وصدقه، وكذلك فاعلية الشريط الصوتى فى المساعدة على القيام بتدريبات الاسترخاء العضلي.

وبصفة عامة نجد أن نتائج هذه الدراسة قد اتفقت مع نتائج عدد من الدراسات السابقة[1]، هذا فضلاً عن كثير من الدراسات التي أثبتت فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي بأنواعه المختلفة في التقليل من حالات القلق بمختلف أنواعه، وعلى فئات كثيرة متباينة. مما يثبت فاعلية هذا الأسلوب مع مختلف

(١) انظر: عفاف حداد، وباسم تحادحة، ١٩٩٨، . Borkovec. 1987 . Crobill. 1983 . Davis. 1989 . Davison. 1966 . Hartman. 1982 . Kenneth. 1988. Kumaraiah. 1979 . Markland. 1993 . Rankin. 1993 . Sapp. 1996 .Scogin. 1994 . Sherman & Gall. 1979 . Sud. 1996

العينات، ومن الممكن أن تدعم نتيجة هذه الدراسة على العينة الكويتية كذلك نتائج الدراسات التي أشرنا إليها فى الفصل الثالث، والتي تتلخص في تأثير أسلوب الاسترخاء العضلي فى علاج بعض الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية، وفى معظم الاضطرابات النفسية أو كلها تقريبًا، فإن القلق غالبًا ما يكون عرضًا أساسيًا، وفى غالبية الأمراض العضوية يمكن أن يكون القلق أحد أعراضها أو نتائجها.

فتقنيات الاسترخاء ـ من الناحية الإجرائية ـ تتضمن نوعين من التمرينات: التوتر والاسترخاء، ففى تمرينات توتر العضلات يكون الهدف تعليم الفرد أن يصبح بصفة عامة أكثر وعيًا بخبرة توتر العضلات، والفرق بينها وبين حالة الاسترخاء، ويتعلم الفرد التنظيم الذاتي Self - regulation، ويصبح واعيًا لأماكن الشد فى عضلات جسمه مع القدرة على إرخائها، وبهذه الطريقة فإن الفرد يبدأ فى التحقق من أن حالة الاسترخاء السابقة غير مشحونة بتوترات عضلية قد تؤدى إلى تفاقم الشعور العام بالقلق والضغط. والتدريب على الاسترخاء عبارة عن مهارة واستجابة يتم تعلمها، ويمكن للفرد أن يستخدمها لمقاومة القلق والشعور بالضغط، وتصبح لدى الممارسين طريقة فنية مؤهلة للتحقق من التخلص من التوتر من الجسم دون استعمال العقاقير والأدوية[1].

وتفترض نظرية الاسترخاء المعرفي السلوكي أن تدريبات الاسترخاء لها ثلاثة أهداف: التقليل من الدفعات والمنبهات الفيزيولوجية للقلق أو الحد منها، واكتساب مهارات الاسترخاء السلوكي المعرفي مع التركيز على صرف الذهن عن مسببات القلق والإجهاد، وتطوير التراكيب المعرفية والقيم والمعتقدات للتوصل إلى فهم أعمق وأشمل للسلوك، وهذا ما هدفت له الدراسة

(١) انظر: Carol. 1997 . Julie. 1998 : Trevor & Simon. 1990

الحالية فى تعليم مهارة الاسترخاء العضلي في مختلف المواقف للاستفادة منها فى التخفيف من آثار القلق.

وكذلك تفترض نظرية التعلم فى المدرسة السلوكية أن القلق عبارة عن خوف مكتسب، فمصدر القلق يكمن خارج الفرد نفسه، ويتمثل هذا القلق فى المواقف المختلفة التي يتعرض لها الفرد، وعلى ذلك يمكن إشراط القلق إشراطًا تقليديًا لعدد من المنبهات الخارجية، وبما أن القلق والخوف مكتسبان فإنه يمكن إبطاله عن طريق إعادة الإشراط، وتؤيد نتائج هذه الدراسة ما سبق من دراسات حيث إن تدريبات الاسترخاء العضلى تعد بمثابة إعادة إشراط للقلق، ويمكن أن تكون رد فعل مكتسب لحالات القلق، فالفرد المعتاد على أداء هذه التدريبات يمكنه الاستعانة بها فى المواقف المسببة للقلق، وبالتالى تزول عنه تلك الحالة، أو تخفف من حدتها[1].

ومن ناحية أخرى حققت هذه الدراسة أحد أهدافها الفرعية وهو وضع مقياس للاسترخاء، فقد أمكن تقديم مقياس مختصر (٢٠ بندًا)، له معاملات ثبات مقبولة، وكان للمقياس صدق مرتفع بالارتباط السالب مع مقياسى القلق.

وفيما يتعلق بفاعلية الشريط الصوتي لتدريبات الاسترخاء العضلي، فقد أثبتت هذه الدراسة فاعليته فى المساعدة على التخلص من التوتر والشد العضلي، وهذه التقنية يمكن للفرد تطبيقها ذاتيًا بعد ذلك وبطريقة آلية، كما أن كثرة استخدام الفرد لهذه التدريبات تجعله يستدمجها في ذاكرته، ويطبقها تلقائيًا فى المواقف الضاغطة أو المشتملة على قدر من القلق.

---

(١) انظر: عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٣، Beech. 1972 ; Edmund. 1998 Trevor & Simon. 1990

كما أثبت أسلوب الاسترخاء العضلي فاعليته في خفض اضطرابات النوم لدى المجموعة التجريبية، حيث كان متوسط عدد ساعات النوم أعلى فى القياس البعدى للمجموعة التجريبية سواء أكان ذلك فى أيام الدراسة أم في عطلة نهاية الأسبوع، وهذا يتفق مع عدد من الدراسات(1) التى بينت العلاقة بين مشكلات النوم والاضطرابات العصابية وبخاصة القلق، بل من الممكن أن نقول إن مشكلات النوم مكون من مكونات الاضطرابات العصابية وعرض من أعراضها، فيمكن أن يكون لمشكلات النوم يد في الإصابة بالاضطراب العصابى.

هذا فضلاً عن أن الاضطراب الانفعالي مسؤول أول في ظهور مشكلات النوم، وهذا يوضح العلاقة المتبادلة بين مشكلات النوم والقلق، وبما أن هذه الدراسة قد أثبتت فاعلية تدريبات الاسترخاء العضلي في خفض مستوى القلق لدى طالبات المرحلة الثانوية، فمن الممكن أن نقول: إن هذه التدريبات كانت سببًا رئيسًا فى زيادة معدل ساعات النوم لدى المجموعة التجريبية، وهذه تعد فائدة كبيرة حيث إنه من المعروف أن النوم يساعد على زيادة التركيز وقوة الذاكرة، كما يساعد على الإسراع فى عملية الشفاء، ويقلل من مضاعفات المرض، فقد توصل بافلوف Pavlov إلى الكشف عن أهمية النوم فى معالجة الاضطرابات العصابية، كما تستعمل طريقة المداواة بالنوم لمعالجة حالات القلق، أو الهياج، أو الهستيريا، والاضطرابات النفسية الجسمية، ولاسيما التى تتضمن قدرًا من القلق.

وبالنسبة لأسلوب الاسترخاء العضلى نجد أنه يعبر عن تعلم خبرات جديدة تتيح لممارسيها استخدامها فى مختلف المواقف بعد انتقال أثر التدريب منها إلى مواقف الحياة اليومية، وفيما يتعلق بأسلوب الاسترخاء العضلى، وأثره فى

(1) انظر: مايسة النيال، ١٩٩٣، و William, 1993.

التقليل من القلق النفسى، فإن ذلك يتفق مع كون الاسترخاء أصلاً أكثر ارتباطًا بالناحية الجسمية التى تعد مكونًا أساسيًا فى القلق، وتعد نتائجه سريعة، كما أنه أكثر متعة وتقبلاً لدى كثير من الأفراد.

وإذا نظرنا إلى طبيعة المرحلة التى تمر بها أفراد عينة الدراسة (طالبات المرحلة الثانوية) ونقصد مرحلة المراهقة (سن ١٤- ١٨)، نرى أنها تتسم بالتمرد على قيم الكبار ومعايير المجتمع، مما يشكل جزءًا من نضال المراهقين فى هذه المرحلة فى سبيل الاعتماد على النفس، وإقامة علاقات اجتماعية خارج الأسرة (مع جماعة الأصدقاء)، وفى سبيل تشكيل هوية محددة، وتتضمن هذه المرحلة كثيرًا من المواصفات التى يمكن أن تكون مصدرًا للضغوط التى تؤدى إلى القلق، ومن الممكن أن يؤثر ذلك على تحصيلهم الدراسى فى هذه المرحلة التعليمية المهمة، ومن هنا يمكن أن تتجلى فائدة تدريبات الاسترخاء العضلى فى مساعدة أولئك الطالبات فى السيطرة على هذا القلق فى سبيل اجتياز هذه المرحلة بسلام.

فقد بينت نتائج بعض الدراسات أن القلق - بوصفه حالة وسمة - إذا ارتفع عن حدود المتوسط والاعتدال، فإنه يؤثر تأثيرًا سلبيًا على كل من التفكير التجريدى والإبداعى، فكلما ازداد القلق والمعاناة، ضعفت المقدرة على تكوين المفاهيم، وضعفت الطلاقة الفكرية، وازداد التصلب، وعجز الأفراد عن الإتيان بالأفكار الطريفة أو الجديدة[1].

كما أن القلق يؤدى لدى بعض الأفراد إلى صعوبات فى تخزين المعلومات واسترجاعها، حيث يستقبل ذوو القلق المرتفع أجزاء من المعلومات أقل مما يستقبله نظراؤهم ذوو القلق المنخفض، كما توجد علاقة سالبة بين القلق

(١) انظر: عبدالمطلب القريطى، ١٩٩٨، Barlow, 1995, Philip, 1992

وكل من التحصيل الدراسي، والتذكر، وأداء العمليات الحسابية، وتعلم السير في المتاهات، وأيضًا يؤدي القلق إلى تيسير النجاح في أداء المهام البسيطة، في حين يعيق أداء المهام والأعمال الصعبة والمركبة(١).

وبناءً على ما سبق من معلومات عن القلق وآثاره السلبية وبخاصة على مرحلة المراهقة المليئة بالضغوط، وبوجه أخص مرحلة بداية الشباب، فإن هذه الدراسة تكون قد أضافت ما يساعد على تخفيف بعض مشكلات هذه المرحلة عبر تقنية تعين على تخفيف ما يمكن أن تعاني منه بعض الطالبات.

توصيات ومقترحات:

من خلال ما سبق يُوصى بما يلي:

١. دراسة أثر أسلوب الاسترخاء العضلي على التحصيل الدراسي لدى الطلاب.

٢. دراسة فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في تنشيط الذاكرة.

٣. فحص خصائص مقياس الاسترخاء العضلي على فئات من الطلبة والراشدين والأطفال.

٤. الاستعانة العملية بالشريط الصوتي لتدريبات الاسترخاء في علاج القلق.

٥. إجراء جلسات إرشادية للتعريف بفائدة الاسترخاء في مدارس المرحلة الثانوية لمن يريد ممارسته.



(١) انظر: السيد السمادوني، ١٩٩٤، محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٤، Abraham. Borda, 1996; 1993;

قائمة المراجع

١- أحلام حسن محمود (١٩٩٠): **قلق الامتحان وعلاقته ببعض المتغيرات المرتبطة بموقف الامتحان لدى طالبات كلية التربية بالمدينة المنورة**، جامعة الملك عبد العزيز، مجلة دراسات تربوية، ٥ (٢٥)، ١٤٣- ١٦١.

٢- أحمد رفعت جبر (١٩٨٧): **دراسات تجريبية مقارنة بين أثر إرشاد الآباء والأبناء على تخفيف القلق لدى المراهقين**، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، القاهرة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٣- أحمد عكاشة (١٩٨٢): **علم النفس الفسيولوجي**، الطبعة السادسة، القاهرة، دار المعارف.

٤- أحمد عكاشة (١٩٩٨): **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ط ٨.

٥- أحمد محمد الزعبي (١٩٩٧): مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاء، مجلة مركز البحوث التربوية، ٦(١٢)، ١٠٥- ١٢٨.

٦- أحمد عبد الخالق (١٩٩٢): **أصول الصحة النفسية**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٧- أحمد عبد الخالق (١٩٩٤): الدراسة التطورية للقلق، حوليات كلية الآداب، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، العدد ١٤.

٨- أحمد عبد الخالق، ومحمد نجيب الصبوة، وفريح العنزي (١٩٩٥): **القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي**، دولة الكويت، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات.

٩- ألفت محمد حقي (١٩٩٦): **علم النفس المعاصر**، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.

١٠- أمثال هادي الحويله (٢٠٠١): مدى فاعلية الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق لدى طالبات الثانوي، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

١١- إيهاب الببلاوى (١٩٩٩): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية، دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٢- جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافى (١٩٩٥): قاموس مصطلحات علم النفس والطب النفسى، القاهرة، دار النهضة العربية.

١٣- جمال مصطفى العيسوى، وحسن محمد ثانى (١٩٩٦): أثر القلق على مهارات الأداء اللغوى الشفهى لدى طلاب كليات المعلمين بالمملكة العربية السعودية، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ٢٤(٢).

١٤- ديفد بارلو (٢٠٠٢): مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات النفسية. دليل علاجى تفصيلى. ترجمة: صفوت فرج وآخرين، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٥- رجاء محمود أبو علام (١٩٩٨): مناهج البحث فى العلوم النفسية والتربوية، القاهرة، دار النشر للجامعات.

١٦- سامية القطان (١٩٨١) . دراسة تجريبية معملية للعلاقة بين مستوى القلق والأداء المعملى. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.

١٧- سامية القطان (١٩٨٦): مقياس القلق السوى، المؤتمر السنوى الثانى لعلم النفس، المجلد الخامس، ٦٣٦- ٦٥٤.

١٨- سبيلبيرجر وزملاؤه (١٩٩٢): قائمة القلق: الحالة والسمة.(ط٢)، تعريب وإعداد: أحمد عبد الخالق، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١٩- السعيد عبد الخالق عبد المعطى (١٩٩٦): القلق لدى الوالدين وعلاقته بالقلق والتحصيل الدراسي لدى المراهقين من طلبة المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، القاهرة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٢٠- س. ل. ليندزاى، ج. ى. بول (٢٠٠٠): مرجع فى علم النفس الإكلينيكى، ترجمة: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢١- سهير كامل (١٩٩٩): الصحة النفسية والتوافق، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.

٢٢- سيجموند فرويد (١٩٨٣): القلق، ترجمة محمد عثمان نجاتى، القاهرة، دار النهضة العربية.

٢٣- السيد إبراهيم السمادونى (١٩٩٤): القلق المدرسي لدى عينة من طلبة المدارس المتوسطة بمدينة الرياض، مجلة التربية المعاصرة، ١١(٣١)،١٩٩- ٢٣٥.

٢٤- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣): العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث. القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

٢٥- عبد السلام عبد الغفار (١٩٨١): مقدمة فى الصحة النفسية. القاهرة، دار النهضة العربية.

٢٦- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٨): فى الصحة النفسية. القاهرة، دار الفكر العربى.

٢٧- عصام عبد اللطيف (١٩٩١): أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بمستوى القلق لدى الأبناء، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

٢٨- عزيز حنا، محمد الطيب، ناظم العبيدى (١٩٩١): **الشخصية بين السواء والمرض**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٩- عفاف حداد، وباسم دحادحة (١٩٩٨): **فاعلية برنامجي إرشادي جمعي في التدريب على حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي**، الكويت، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد ٥١، ١٢- ٧٣.

٣٠- على عسكر (١٩٩٩): **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها (الصحة النفسية والبدنية فى عصر التوتر والقلق)**، الكويت، دار الكتاب الحديث.

٣١- فرج عبد القادر طه، وحسين عبد القادر، وشاكر قنديل (١٩٩٣): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**. القاهرة، دار سعاد الصباح.

٣٢- كمال إبراهيم مرسى (١٩٨٩): **القلق وعلاقته بالشخصية فى مرحلة المراهقة**، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣٣- كمال دسوقى (١٩٨٨): **ذخيرة علوم النفس**، القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع .

٣٤- كولز (١٩٩٢): **المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكى**، ترجمة: عبد الغفار الدمياطي، وماجدة حامد، وحسن على حسن، مراجعة: أحمد عبد الخالق، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٣٥- لندا دافيدوف (١٩٨٣): **مدخل علم النفس**، ترجمة سيد الطواب، ومحمود عمر، ونجيب خزام، مراجعة: فؤاد أبو حطب، الرياض، دار المريخ.

٣٦- ماهر محمد أبو هلال (١٩٩٣): دراسة تجريبية لأثر نوعين من التغذية الراجعة فى القلق: مقارنة بين تصور نظرية السمات والنظرية السلوكية للقلق، المجلة التربوية، ٢٧(٧)، ٣٢ ـ ٥٠.

٣٧- مايسة أحمد النيال، وإبراهيم على إبراهيم (١٩٩٣): مشكلات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية، دراسة إمبريقية لدى عينات من طالبات جامعة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية، ٢(٤)، ٧٧ - ١٠٣.

٣٨- مايسة محمد شكرى (١٩٩٢): ممارسة الأيروبك ومدى تعديله لبعض المتغيرات النفسية، ووزن الجسم لدى عينة من الطالبات البدينات، دراسات نفسية، ٢، ٦١٩- ٦٤٥.

٣٩- محمد نجيب الصبوة (١٩٩٤): التفكير التجريدى والإبداعي لدى مرتفعي القلق ومنخفضيه من طلاب الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٨، ٦٦- ٨٢.

٤٠- محمد نجيب الصبوة (غير منشور): تدريبات الاسترخاء العضلي (شريط صوتى)، القاهرة.

٤١- محمود السيد أبو النيل (١٩٨١): الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي. القاهرة، مكتبة الخانجى.

٤٢- محيى الدين عبد الواحد(١٩٩٢): دع القلق واستعن بالله، الرياض، دار أسامة للنشر التوزيع.

٤٣- مصطفى أحمد تركى (١٩٨١): قلق الامتحان بين القلق كسمة والقلق كحالة. مجلة العلوم الاجتماعية، ٩ (٣)، ٢٧- ٣٥.

٤٤- مصطفى محمد الصفطى (١٩٩٥): قلق الامتحان وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى عينات من طلاب المرحلة الثانوية بجمهورية مصر العربية ودولة الإمارات العربية المتحدة، دراسات نفسية، ٥، ٥٦- ٨٨.

٤٥- ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٤): أساليب التنشئة وعلاقتها بالمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة الوسطى، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، القاهرة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٤٦- (منير وهبه الخازن) (١٩٩١): معجم مصطلحات علم النفس، القاهرة، دار النشر للجامعيين.

٤٧- نشوة عمر الفاروق (١٩٩٠): دراسة مقارنة في مكونات العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والتوافق الدراسي لدى طلبة وطالبات جامعة المنيا، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، المنيا، كلية الآداب، جامعة المنيا.

٤٨- نورية مشاري الخرافي (١٩٩٣): القلق كسمة – وكحالة لدى أبناء الشهداء وأبناء الأسرى الكويتيين، المجلة التربوية، ٢٦(٨)، ٢١- ٤٥.

٤٩- هبة بهي الدين ربيع (١٩٨٨): التغذية الرجعية كأسلوب للتدريب على الاسترخاء وعلاج العصاب، رسالة ماجستير (غير منشورة). طنطا، كلية الآداب، جامعة طنطا.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

1- Abdel – Khalek, A. M. (2000): **The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties**. Psychological Reports, 87, 478 – 492.

2- Abdel – Khalek, A. M & Omar, M. M. (1988): **Death anxiety, state and trait anxiety in Kuwaiti samples**. Psychological Reports, 36, 715-718.

3- Abraham, A. (1993): **Electromyography feedback and stress inoculation: Treatment outcome in anxiety neurosis**, Nimhans Journal, 11(2), 131 – 136.

4- Alexander, A. (1977): **Training and transfer of training effects in EMG biofeedback assisted by muscular relaxation**. Psychophysiology, 14, 551 – 559.

5- American Psychiatric Association (1994): **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, Washington DC: Author, 4th ed.

6- American Psychological Association (1997): **Publication manual**. (4 th ed) Washington DC: Author,.

7- Andrew, R. & Christopher, A. (1995): **Treating fear and anxiety in children and adolescents**. New Jersey, Jason Aronson.

8- Barlow, H.R. & Durand, V. M. (1995). **Abnormal psychology: integrative approaches**, Washington: Brooks/Cole.

9- Barlow, D. H. (2002). **Anxiety and Its Disorders**. (2nd), New York: Guilford Press.

10- Basoglu, M. (1994): **Pre-treatment predictors of treatment outcome in panic disorder and agoraphobia treated with alprazolam and exposure**. Journal of Affective Disorders, 30, 123 – 132.

11- Beech, H.et.al., (1972): **Changing man's behavior**. London, Penguin.

12- Benjamin, B., & George, S. (1994): **Anxiety and related disorders: A handbook**. New York: John Wiley.

13- Benjamin, S. (1972): **Active muscular relaxation in desensitization of phobic patients**. Psychological Medicine, 2, 381 – 390.

14- Bhandari, A., & Agarwala, S. (1996): **Related efficacy of self-monitoring alone and self-monitoring in combination with progressive relaxation in the modification of pica**. Behavior Psycho – lingua, 26(2), 87-91.

15- Blanchard, E. (1993): **Preliminary results of the effects on headache relief of perception of success among tension headache patients receiving relaxation** Headache Quarterly, 4, 249 – 253.

16- Blanchard, E. & Greene, B. (1993): **Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome**. Biofeedback & Self-Regulation, 18(3), 125-132.

17- Borda, A., & Mercedes, R. (1996): **Therapeutic orientation on treatment of hematophobia**. Boletin de Psicologia Spain. 50, 67-86.

18- Borkovec, T. (1987): **The effects of relaxation training with cognitive or non-directive therapy and the role of relaxation induced anxiety in the treatment of generalized anxiety**. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 55, 883 – 888.

19- Burnette, M. (1991): **Control of genital herpes recurrences using progressive muscle relaxation**. Behavior Therapy, 22, 237 – 247.

20- Bruehl, S. (1993): **Two brief interventions for acute pain** Pain, 54(1), 29 – 36.

21- Brannon, L., & Feist, J. (2004): **Health psychology: An introduction to behavior and health** (5 th ed). Australia, Thomson: Wadsworth

22- Canino, E. (1993): **Systemic reactivity during a stress situation in essential hypertensive**. Revista Interamericana de Psicologia. 27(1), 75 – 91.

23- Carol, H. (1997): **Relaxation for concentration, stress management and pain control**. Butterworth: Heinemann.

24- Chang, J. (1989): **Relaxation procedures with children: A review. Medical Psychotherapy**: An International Journal. 2, 163 – 176.

25- Craze , R. (1998): **Relaxation**. London: Hodder Headline.

26- Crebelli, M. (1983): **Biofeedback in chronic anxiety therapy: A study of 119 cases**. Rivista di Psichiatria. 18, 201 – 221.

27- Daniel, K. (1997): **Teaching children with asthma to help themselves with relaxation/ mental imagery**. Salvation's Narratives, 1, 169-191.

28- Dattilio, F. (1994) **Paradoxical intention as a proposed alternative in the treatment of panic disorder**. Journal of Cognitive Psychotherapy, 8(1), 33 – 40.

29- Davis, W. (1989): **The influence of preferred relaxing music on measures of state anxiety, relaxation, and physiological responses** Journal of music therapy, 26, 168-187.

30- Davison, G. (1966(a): **Anxiety under total curarization: Implications for the role of muscular relaxation in the desensitization of neurotic fears**. Journal of Nervous & Mental Disease, 143, 443-448.

31- Davison, G. (1966(b): **Differential relaxation and cognitive restructuring in therapy with a paranoid schizophrenic or paranoid state. Proceedings of the Annual Convention of the American** Psychological Association, 177-178.

32- Deffenbacher, J. (1994): **Social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction**. Journal of Counseling Psychology, 41, 386-396.

33- Devilly, G. & Sanders, M. (1993): **The effects of training a child to teach pain management skills to a parent with recurrent headaches**. Behavior Change, 10, 237-243.

34- Drummend, E. H. (1997): **Overcoming anxiety without tranquilizers: A groundbreaking program for treating chronic anxiety**. New York: Putton Signet .

35- Duane, A. & Marlyen, F. (1999): **Reduction of tremor severity and disability following behavioral relaxation training**. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry,30 , 119-135.

36- Dupont, R. & Spencer, E. (1998): **The anxiety cure**. New York: John Wiley.

37- Edmund, B. (1998): **Healing fear: New approaches to overcoming anxiety. Oakland**: New Harbinger Publication.

38- Elmer, C. & Alyce, G. (1996): **Using relaxation on Treatment with Bio-feedback**, Journal of personality and clinical studies, 12, 37-47

39- Field, T., & Ironson, G. (1996): **Massage therapy reduces anxiety and enhances EEG pattern of alertness and math computations. International** Journal of Neuroscience, 86, 197-206.

40- French, A., & Tupin, J. (1974) **Therapeutic application of a simple relaxation method. American**. Journal of Psychotherapy, 28,282-287.

41- Garcia, G., & Pedreira, M (1996): **Body image and relaxation techniques in young psychotic patients. Psiquis Revista de Psiquiatria.** Psicologia y Psicosmatica, ., 15-38.

42- Gatchel, R. (1977): **Comparative effectiveness of voluntary heart rate control and muscular relaxation as active coping skills for reducing speech anxiety**. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 45, 1093 – 1100.

43- Gloria, M. (1992): **A comparative evaluation of two relaxation strategies with school-aged children** Dissertation Abstracts International, 53, 3165.

44- Goisman, R. & Rogers, M (1993) **Utilization of behavioral methods in a multicenter anxiety disorders study** Journal of Clinical Psychology, 54, 213-218.

45- Graziano, A. (1968): **Programmed relaxation and reciprocal inhibition with psychotic children** Behavior Research & Therapy, 6, 433-437.

46- Grazzi, L. (1993): **Experience of electromyographic biofeedback treatment of episodic common migraine: Preliminary results.** Headache, 33(8), 439 – 441

47- Harold, I. & Benjamin, J. (1994). **Synopsis of psychiatry**. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins

48- Hartman, L. (1982): **Anxiety, imagery, and self-regulation** . Journal of Psychiatric Treatment & Evaluation, 4, 333-336.

49- Hartman, L. (1984): **Treatment of substance abuse by relaxation training: A review of its rationale, efficacy and mechanisms**. Addictive Behaviors, 9, 41 – 55.

50- Hoehn, S. (1991): **Clinical management of generalized anxiety disorder. London:** Oxford University Press.

51- Hoffman, J. S . (1994): **Muscle relaxation. In: R. J. Corsini** (Ed.), Encyclopedia of psychology. New York: Wiley, p.446.

52- Holdevici, I. & Vasilescu, I. (1996): **Relaxation in patients submitted to open heart surgery**. Revue Roumaine de Psychologia, 40, 185-194.

53- Humphreys, A. (1984): **Neutral hypnosis progressive muscular relaxation and the relaxation response: A review**. British Journal of Experimental & Clinical Hypnosis, 2, 19 – 27.

54- Ireland, C. (1985): **An evaluation of relaxation training in the treatment of tinnitus**. Behavior Research & Therapy, 23,423 – 430.

55- Irwin, G. & Barbara, R. (1996): **Abnormal psychology**. **Upper Sadlle**, New Jersey: Prentice Hall.

56- Ive-Marie, B. (1995): Cognitive therapy for depression and anxiety. London: Blackwell Science.

57- Jacobson, E. (1938): **Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscle states and their significance in psychology and medical practice** (2 nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.

58- Jane. M. (1979): **The stress and relaxation handbook** . Vermilion: Ebury Press.

59- Jeffrey, S. & Spencer, A. (1997): **Abnormal psychology in a changing world** . London: Prentice – Hall.

60- Jessica I. York (2008): **Religiosity and successful aging: The buffering role of religion against normative and traumatic stressors in community-residing older adults.,submitted in partial fulfillment of requirements**, for the degree ,Master of Arts in Clinical Psychology

61- Jonathan C. (1993): **Understanding stress and coping**. New York: Macmillan.

62- Joseph, R. & June, G. (1978): **Relaxation: A comprehensive manual for adults, children, and children with special needs.** New York: Research Press Company.

63- Joseph. T. & Michele. T. (1998): **A comparison of the effects of Zen breathe meditation or relaxation on college adjustment. Psycho logia**: An International Journal of Psychology in the Orient, 41,32-43.

64- Julie, W. (1998): **Treatment of anxiety in older adults**. Psychotherapy, 4, 444 – 458.

65- Karen, L. & Syrjala, R. (1999): **Cancer pain: Psychological factors in pain**, critical perspectives. New York: Wiley.

66- Keedwell, P., & Snaith, R. P. (1996): **What do anxiety scales measure ?** Acta Psychiatrica Scandinavica. 93, 177 – 180.

67- Kendall, C. (1992): **Anxiety disorders in youth: Cognitive - behavioral interventions**. Boston: Allyn & Bacon.

68- Kenneth. L. (1988): **Clinical relaxation strategies**. New York: John Wiley.

69- Kiselica. M. & Baker, S. (1994): **Effects of stress inoculation training on anxiety, stress, and academic performance adolescents**. Journal of Counseling Psychology, 41, 335-342.

70- Kondo, D. (1997): **Strategies for coping with test anxiety: Anxiety, stress, and coping** . An international Journal, 10(2) , 203 – 215.

71- Kumaraiah, V. (1979): **Treatment of anxiety through GSR biofeedback and progressive muscular relaxation**. Indian Journal of Clinical Psychology, 6, 209-211.

72- Larry , D. S. (1998): **Applied relaxation training in the treatment of post traumatic stress disorder and other anxiety disorder.** All rights reserved. Printed in U.S.A.12 – 35

73- Lehrer, P. & Schoicket, S. (1980): **Psycho physiological and cognitive responses to stressful stimuli in subjects practicing progressive relaxation and clinically standardized meditation**. Behavior Research & Therapy, 18, 293-303.

74- Lomont, J. & Edwards, J. (1967): **The role of relaxation in systematic desensitization**. Behavior Research & Therapy, 5, 11-25.

75- Lundervold, A. & Buermann, M. (2008): **Effect of Behavioral Activation Treatment on Chronic Fibromyalgia Pain: Replication and Extension, International Journal of Behavioral Consultation and Therapy**, 4 ,p146-157

76- Lukins, R. & Davan, G. (1997): **A cognitive behavioral approach to preventing anxiety during magnetic resonance imaging**. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 28, 97 – 104.

77- MacGrady, A. (1994): **Effects of group relaxation training and thermal biofeedback on blood pressure and related physiological and psychological variables in essential hypertension**. Biofeedback & Self Regulation, 19, 51 – 66.

78- Madders , J. (1997): **The stress and relaxation handbook**. London: Ebury Press.

79- Margo, N. & Jeffry, E (1997): **Behavioral assessment of relaxation: The validity of a behavioral rating scale**. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28,139 -141 .

80- Markland, D. & Hardy, L. (1993): **Anxiety, relaxation and anesthesia for day-case surgery**. British Journal of Clinical Psychology, 32, 493-504.

81- Mavissakalian, M. (1993): **Combined behavioral therapy and pharmacotherapy of agoraphobia. Conference on panic and anxiety: A decade of progress**. Journal of Psychiatric Research, 27, 179 – 191.

82- Michelson, L. & Marchione, K. (1996): **A comparative outcome and follow - up investigation of panic disorder with agoraphobia**. Journal of Anxiety Disorder, 10(5), 297-303.

83- McCaffrey, C. (2006): **Implementation and Evaluation of the Modified feeling great program for oncology children, Health Education**, 106, 294-308

84- McLaughlin,L, Borkovec, T. (2007): **The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity**. Behavior Therapy, 38 ,23-38

85- Morrison, F. & Lindsay, W. (1997): **Reductions in self – assessed anxiety and concurrent improvement in cognitive performance in adults who have moderate intellectual disabilities**. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 10, 33-40.

86- Mosley, T. & Thomas, H. (1995): **Treatment of tension headache in the elderly: A controlled evaluation of relaxation training combined with cognitive – behavior therapy**. Journal of Clinical Group Psychology, 1, 175 – 188.

87- Nestoriuc.Y & Rief (2008): **Meta-Analysis of Biofeedback for Tension-Type Headache: Efficacy, Specificity, and Treatment Moderators**, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76 p379-396

88- Northfield, W. (1977): **How to relax** . Liverpool: Specialized Offsets Services.

89- Norton, M. & Holm, J. (1997): **Behavioral assessment of relaxation: The validity of behavioral rating scale**. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 28(2), 129-137.

90- O'Carroll, R. (1993): **The effect of anxiety induction on the regional uptake** Journal of Affective Disorders, 28, 203 – 210.

91- Osterhaus, S. (1994): **The behavioral treatment of juvenile patients with migraine in a nonclinical setting: Effects and observations**. General Therapy, 27, 3–18.

92- Ozawa, Y. (1991): **A study on the use of positive private experience as an anxiety inhibitory response**. Japanese Journal of Counseling Science, 24, 18 – 26.

93- Philip, C. (1992): **Anxiety disorders in youth: Cognitive – behavioral interventions**. Massachusetts: Allyn & Bacon.

94- Rankin, E. (1993). **Efficacy of progressive muscle relaxation for reducing state anxiety among elderly adults on memory tasks**. Perceptual & Motor Skills, 77(3,Pt2) 1395-1402.

95- Rashid, Z. M. & Thomas, P. (1998): **The effects of two types of relaxation training on students levels of anxiety**. Adolescence, 33,99 – 101.

96- Reichmann, F. & Framm, R. (1996): **Psychiatric aspects on anxiety**. New York: Wiley.

97- Richard, M. (1990): **Anxiety management training, A behavior therapy**. New York: Plenum Press.

98- Robert, A. & Stephen, S. (1996): **Heart and mind: The practice of cardiac psychology**. Washington: American Psychological Association.

90- Robert, D. & Spencer, E. (1998): **The anxiety cure: An eight – step program for getting well**. New York: Wiley.

91- Ronald, A. (1991): **Mastering anxiety**. New York: Plenum Press.

92- Ronald, M. & David, H. (1991): **Chronic anxiety, generalized anxiety disorder, and mixed anxiety depression**. New York: The Guilford Press.

93- Rosemary, A. (1995): **Relaxation techniques: A practical handbook for the health care professional.** New York: Churchill Livingstone.

94- Rickels and Schweizer.(1998): **The Spectrum of Generalized anxiety in Clinical Practice: The Role of Short-Term, Intermittent Treatment**.

British Journal of Psychiatry, 173: 34, 49-54

95- Sapp, M. (1996): **Three treatments for reducing the worry and emotionality components of test anxiety with undergraduate and graduate college students**. Journal of College Students Development, 37 , 79–87.

96- Schoenberger, K. (1997): **Hypnotic enhancement of a cognitive behavior treatment for public speaking anxiety.** Journal of Behavior Therapy, 28, 127-140.

97- Scogin, F. & Floyd, M . (1998): **The relaxation inventory: Reliability, validity, and factor structure with older adults**. Journal of Clinical Geropsychology, 4 , 235 – 240.

98- Scogin, F. & Richard, H. (1994): **A one-year follow up of relaxation training for elders with subjective anxiety**. Gerontologist, 34, 121-122.

99- Sherman, R. & Gall, N. (1979): **Treatment of phantom limb pain with muscular relaxation training to disrupt the pain "anxiety" tension cycle. Pain**, 6, 47-55.

100- Siev & Chambless (2007): **Specificity of Treatment Effects: Cognitive Therapy and Relaxation for Generalized Anxiety and Panic Disorders**.Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75 p513-522

101- Sud, A. & Prabha, I. (1996): **Efficacy of cognitive/ relaxation therapy for test anxiety**. Journal of Personality & Clinical Studies, 12, 37-47.

102- Suhr, J. & Anderson, S. (1999): **Progressive muscle relaxation in the management of behavioral disturbance in Alzheimer's disease**. Neuropsychological Rehabilitation, 9, 31-44.

103- Spielberger, C.D. (1966): **Theory and research on anxiety**. New York: Academic Press.

104- Spielberger, C.D. (1977). **Theory and measurement of anxiety states**. Handbook of modern personality. New York: Wiley.

105- Stephanic, P. & Hains, A. (1998): **Cognitive behavioral intervention for sexually abused children exhibiting PTSD. symptomatology**. Behavior Therapy, 29, 241-255.

106- Thaut, M. (1993): **The influence of subjects selected versus experimental chosen music on affect, anxiety, and relaxation**. Journal of Music Therapy, 30, 210 – 223.

107- The British Psychological Society, Division of Clinical Psychology (2008). Annual Conference, 10-12 December 2008, Congress Center: 28 Great Russell Street, London.

108- Thomas, F. & Robert, E. (1995): **Abnormal psychology**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

109- Trevor, J. & Simon, J. (1990): **Anxiety and stress management**. Worcester: Billing & Sons.

110- Vazquez, M. (1993): **Relaxation therapy in the treatment of bronchial asthma.** Psychotherapy & Psychosomatics, 60, 106 – 112.

111- Verner, K. (1997): **Relaxation – induced EEG alterations in panic disorder**. Journal of Anxiety Disorder, 11, 365-376.

112- Wetherell, J. & Loebach, H. (1998): **Treatment of anxiety in older adults**. Psychotherapy, 35, 444-458.

113- Wenterdyk ,et al,(2008): **He evaluation of four mind/body intervention strategies to reduce perceived stress among college students**. College Quarterly, 11 ,1-10

114- William, C. & Sun, W. Y. (1997): **An alternative form of exercise for health promotion and disease prevention for older adults in the community**. International Quarterly of Community Health Education. 16 , 333-339.

115- William, H. (1993): **Sleep, dreaming and sleep disorders**. New York: University Press of America. 2nd ed.

116- Wolpe, J. (1958): **Psychotherapy by reciprocal inhibition**. Stanford, CA: Stanford University Press.





ملاحــق الدراسة



أولاً: مقياس الاسترخاء تأليف: أمثال هادي الحويله

تعليمات: فيما يلي مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة منها بعناية، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع علامة (✓) أمام كل عبارة وتحت كلمة واحدة فقط مما يلي: نادرًا، أحيانًا، كثيرًا، دائمًا، بما يعبر عن الحالة التي تشعر بها فعلاً، أجب بسرعة ولا تفكر كثيرًا في كل فقرة، ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

	العبـــــــــارة	نادرًا	أحيانًا	كثيرًا	دائمًا
١	أشعر بجسمي كله مرتاح كما لو كنت أسبح في الماء.				
٢	أشعر بتعرق في راحة يدي.				
٣	أشعر بانقباض وآلام في رقبتي.				
٤	أشعر بالراحة في كل جسمي.				
٥	قلبي ينبض بسرعة ملحوظة.				
٦	أشعر براحة في ذراعيي وكتفي.				
٧	أشعر بالراحة والهدوء.				
٨	أشعر بليونة وراحة في عضلاتي.				
٩	أشعر أن أطراف يدي وقدميّ باردة.				
١٠	أشعر براحة وهدوء في عضلات ظهري وصدري.				
١١	أشعر بعضلاتي مشدودة ومتحفزة.				
١٢	اضغط على أسناني بشدة من حين لآخر.				
١٣	أشعر براحة وهدوء في ركبتي ووركي.				
١٤	أشعر بليونة وراحة في أصابع يدي.				
١٥	يداي دافئتان.				
١٦	أشعر براحة وارتخاء في عضلات وجهي.				
١٧	أشعر بهدوء وراحة في القدمين.				
١٨	أشعر بحرارة في جسمي.				
١٩	أشعر بالدفء يجري أسفل ذراعي ومنه إلى يدي.				
٢٠	أشعر براحة وارتخاء في عضلات البطن والوسط.				

ثانيًا: الشريط الصوتي لتدريبات الاسترخاء

قامت الباحثة بالاستماع إلى عديد من الشرائط الصوتية لتدريبات الاسترخاء العربية والأجنبية، بالإضافة إلى قراءة كثير من التدريبات المكتوبة لمختلف أنواع الاسترخاء، واتضح أن جميع الشرائط والمراجع تشترك معًا فى المجموعات العضلية وترتيبها، بداية من اليد اليسرى، ثم اليمنى، ثم تتوالى المجموعات العضلية واحدة تلو الأخرى، حتى يتم الاسترخاء التام للجسم.

وبناءً على ذلك تم عمل تعليمات عامة في بداية الشريط الصوتي للتعريف بالتدريبات والتأكيد على أهمية اتباع هذه التعليمات حتى يمكن الاستفادة من هذه التدريبات، وكانت هذه التعليمات المسجلة على الشريط كما يلي:

يستغرق هذا التمرين من ٢٥ إلى ٣٥ دقيقة تقريبًا، وهو موجه إلى المجموعات العضلية الرئيسية في الجسم مثل: اليدين، والذراعين، وحول الرقبة، والوجه، والقدمين ... وغيرها، على ألا يستخدم أكثر من ثلاث مجموعات عضلية في نفس الوقت، وأن يكرر كل تمرين مرتين، ولابد من ضمان استمرار جلسة التدريب دون مقاطعة خارجية.

تعليمات عامة:

تعليمات بداية الجلسة:

سوف نقوم اليوم بعمل بعض التدريبات التي تسمى " تمارين الاسترخاء "، وهذه التمارين ستساعدك على تعلم الاسترخاء عندما تكون متوترًا، ولكي تستفيد من هذه التمارين توجد بعض القواعد الهامة التي يجب اتباعها مثل:

أن تفعل بالضبط ما أقوله لك حتى ولو بدا شيئًا غريبًا .

أن تبذل مجهودًا لكي تفعل ما أقوله لك.

أن تكون منتبهًا لجسمك وعضلاتك وأنت مسترخ أو متوتر.

والآن .. هل لديك سؤال؟ .. .. .مستعد .. .. لنبدأ.

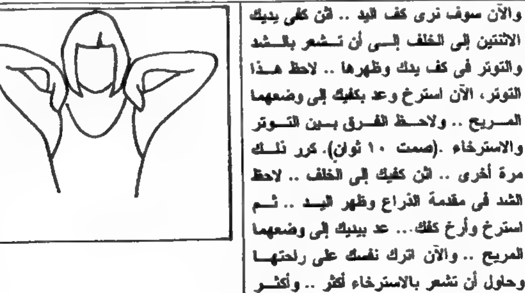


أريد منك الآن أن تستلقى على هذه الأريكة (أو كرسى مريح)، وأن تجعل جسمك فى وضع مريح بقدر استطاعتك .. اغمض عينيك واستمع لكلامى بتركيز شديد، سأنبهك الآن لبعض المشاعر والأحاسيس والتوترات فى جسمك، وسأثبت لك بعد ذلك أنه بإمكانك التقليل من هذه المشاعر والتحكم فيها .. اتفقنا .. لنبدأ إذن .. جسمك الآن فى وضع مريح .. عيناك مغمضتان فى استرخاء لطيف. (صمت ٣ ثوان).



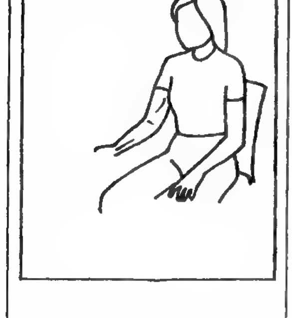
والآن أريد منك التركيز فى يدك اليسرى .. كل انتباهك وتركيزك فى ذراعك الأيسر .. اقفل يدك اليسرى .. اقفل كف يدك بقوة وبإحكام .(صمت ٣ ثوان). لاحظ أن عضلات يدك اليسرى بدأت تتوتر الآن، تنقبض وتتوتر وتشتد، انتبه لهذا التوتر والشد، لاحظه .. احفظه فى ذاكرتك .. والآن افتح يدك اليسرى وأرخها على الأريكة (أو الكرسى) أرخها فى وضع مريح .. لاحظ الفرق بين ما كانت عليه يدك من شد وتوتر، وما هى عليه الآن من استرخاء .(صمت ١٠ ثوان). والآن سوف تعيد ذلك مرة أخرى .. اقفل كف يدك اليسرى بقوة وبإحكام .. لاحظ التوتر والشد .. احفظه فى ذاكرتك .. والآن افتح يدك اليسرى وأرخها على الأريكة (أو الكرسى) فى وضع مريح .. لاحظ الفرق بين ما كانت عليه يدك من شد وتوتر وما هى عليه الآن من استرخاء. (صمت ١٠ ثوان).

والآن سوف نرى يدك اليمنى .. اقفل كف يدك اليمنى بقوة وإحكام .. ولاحظ التوتر والشد فى يدك اليمنى والذراع .(صمت ٥ ثوان). استرخ .. استرخ .. ضع يدك على الأريكة (أو الكرسى) فى وضع مريح .. حاول أن تستمتع بهذا الانتقال من الشد والتوتر للاسترخاء .(صمت ١٠ ثوان). كرر هذا من جديد .. اقفل كف يدك اليمنى بقوة وإحكام .. لاحظ ما هى عليه من شد وتوتر .. الآن أرخها فى وضع مريح وافرد أصابع يدك باسترخاء .. لاحظ أنه يوجد تنميل خفيف بدأ ينتشر فى ذراعيك اليمنى واليسرى .. والآن ذراعك الاثنتان بدأتا تسترخيان .. وتسترخيان .. وتسترخيان.





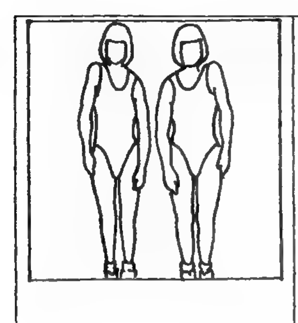
والآن سوف نرى كف اليد .. اثن كفى يديك الاثنتين إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر فى كف يدك وظهرها .. لاحظ هذا التوتر، الآن استرخ وعد بكفيك إلى وضعهما المريح .. ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء .(صمت ١٠ ثوان). كرر ذلك مرة أخرى .. اثن كفيك إلى الخلف .. لاحظ الشد فى مقدمة الذراع وظهر اليد .. ثم استرخ وأرخ كفك... عد بيديك إلى وضعهما المريح .. والآن اترك نفسك على راحتها وحاول أن تشعر بالاسترخاء أكثر .. وأكثر .. وأكثر.



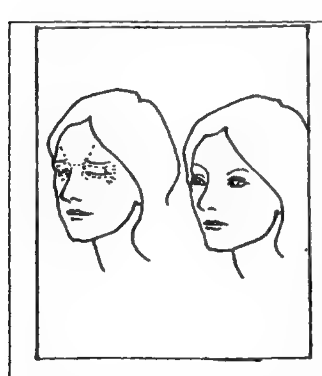
والآن اغلق كفيك بإحكام، واثنيهما في المقدمة (من الرسغ) ناحية مقدمة الذراع إلى أن تشعر بتوتر عضلات الساعد أي في المنطقة من الكف إلى الكوع .. حاول أن تشعر بالتوتر وتلاحظه .. والآن استرخ .. اخفض ذراعيك بجانبك .. ولاحظ الفرق بين التوتر والشد السابق في عضلات مقدمة الذراع وبين حالتها الآن من استرخاء نسبي. (صمت ١٠ ثوانٍ).



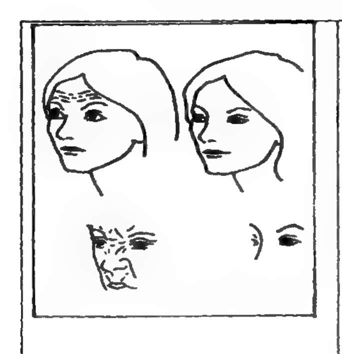
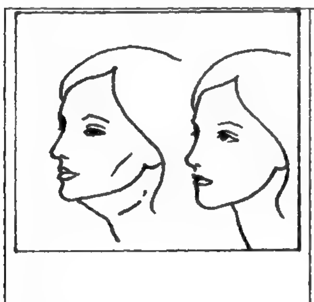
كرر ذلك من جديد .. اغلق كفيك بإحكام، واثنيهما في المقدمة من الرسغ ناحية مقدمة الذراع. حاول أن تلمس كتفيك بيديك .. والآن استرخ .. انزل يدك ودعها تسترخي .. تشعر الآن بالتناقض بين التوتر والاسترخاء .. والآن دع عضلاتك على طبيعتها أكثر .. وأكثر .. وأكثر .

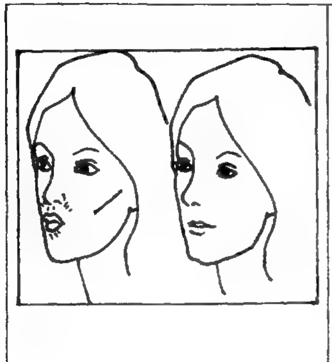


والآن نتحول إلى الأكتاف .. ارفع كتفيك لأعلى كما لو كنت ستلمس بهما أذنيك .. لاحظ التوتر الذى بدأ ينتشر فى كتفيك وعضلات الرقبة .. ركز فى هذا الشد والتوتر .. واحفظه فى ذاكرتك .. والآن استرخ وعد بكتفيك إلى وضعهما المريح .. لاحظ الاختلاف بين التوتر والاسترخاء. (صمت ١٠ ثوانٍ). كرر ذلك مرة أخرى .. ارفع كتفيك لأعلى كما لو كنت ستلمس بهما أذنيك .. لاحظ التوتر فى منطقة الكتفين والرقبة .. والآن عد بهما لوضعهما المريح .. لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء من جديد. (صمت ١٠ ثوانٍ).



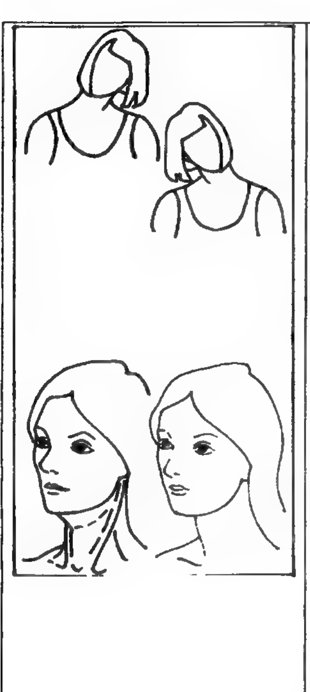
والآن جاء دور عضلات الوجه .. نريدك أن تتعلم كيف ترخى عضلات وجهك .. اغمض عينيك بشدة واضغط بحاجبيك على جفنيك وشد منطقة الجبهة حتى تشعر أن جلد الجبهة قد انثنى وتجعد .. والآن استرخ وعد بعضلات جبهتك لوضعها الطبيعى المسترخى .. أرخها أكثر وأكثر وأكثر. (صمت ١٠ ثوانٍ). مطلوب منك إعادة ذلك مرة أخرى .. الآن اغمض عينيك واضغط بحاجبيك على جفنيك وشد جبهتك بشدة، لاحظ التوتر والشد فى منطقة الجبهة وأعلى العين، والآن أرخ

الجبهة والحاجبين وأرخى عضلاتهما، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء فى منطقة الجبهة .. .(صمت ١٠ ثوان). والآن اغمض عينيك بشدة حتى تشعر بالتوتر فى عضلات الجفنين. (صمت ٥ ثوان). والآن أرخ عضلات عينيك، ولاحظ الفرق بين حالة الشد فى العين والاسترخاء. (صمت ١٠ ثوان). كرر ذلك من جديد .. اغمض عينيك جيدًا مرة أخرى حتى تشعر بالتوتر فى عضلات الجفنين، استمر أكثر. (صمت ٥ ثوان). استرخ الآن .. ودع عضلات عينيك على طبيعتها وفى وضعها المغمض المريح. (صمت ١٠ ثوان).	
والآن أطبق فكيك وأسنانك واضغط بشدة كما لو كنت تعض على شيء .. لاحظ التوتر فى منطقة الفك والأسنان.(صمت ٥ ثوان)، اترك فكيك وأسنانك واسترخ، واجعل شفتيك مفتوحتين قليلاً، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء فى منطقة الفك والأسنان.(صمت ١٠ ثوان). كرر من جديد. اطبق فكيك وأسنانك بشدة، ولاحظ التوتر الذى حدث بهما. (صمت ٥ ثوان). اترك نفسك على راحتها أكثر .. وأكثر .. وأكثر.(صمت ١٠ ثوان).	

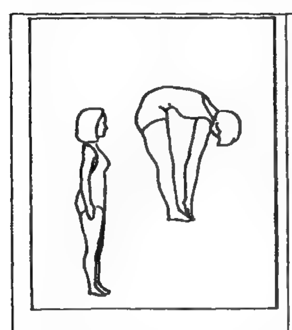


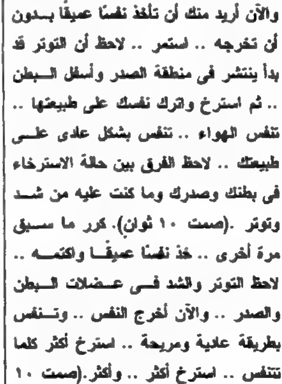
والآن أريد منك أن تضم شفتيك بشدة وتضغطهما معًا بشدة .. اضغط بكل شفة على الأخرى بكل ثقلك .. لاحظ التوتر في المنطقة المحيطة بالفم .. استمر أكثر. (صمت ٥ ثوانٍ). استرخ وأرخ شفتيك واجعل ذقنك في وضع مريح .(صمت ١٠ ثوانٍ). مرة أخرى ضم شفتيك بشدة ولاحظ التوتر في المنطقة المحيطة بالفم .. استمر أكثر. (صمت ٥ ثوانٍ).

لاحظ كيف أن عضلات شفتيك وفكيك قد بدأت تسترخي بعد الشد والاسترخاء المستمر . والآن أرخ يديك ووجهك وذراعيك وكتفيك .. أرخ عضلاتك كلها .. اجعلها مسترخية في وضع هادئ ومريح .(صمت ١٠ ثوانٍ).

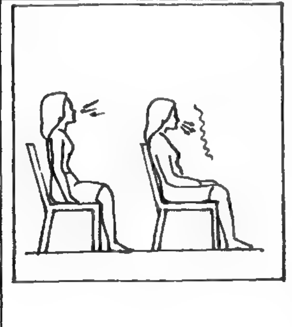
والآن نأتى إلى الرقبة .. اضغط برأسك للخلف تجاه المساحة بينك وبين الأريكة أو المسند حتى تشعر بالتوتر فى المنطقة خلف الرقبة وبالذات أعلى الظهر، استمر فى الضغط .. لاحظ التوتر والشد .. ثم عد برأسك لوضعه المريح .. حاول أن تستمتع بمذاق الراحة والاسترخاء العميق الذى أنت عليه الآن .. أكثر .. وأكثر .. أعمق .. وأعمق .. على قدر استطاعتك. (صمت ١٠ ثوان). أريد أن تكرر ذلك مرة أخرى .. شد رأسك إلى الخلف، لاحظ التوتر فى الرقبة وأعلى الظهر .. استمر .. استمر .(صمت ٥ ثوان). استرخ استرخاءً عميقًا .. عميقًا .. عميقًا. (صمت ١٠ ثوان).والآن مد رأسك للأمام كما لو كنت ستلمس صدرك .. لاحظ التوتر الذى حدث فى منطقة الرقبة .. استرخ .. اترك نفسك على راحتها.(صمت ١٠ ثوان). كرر مرة أخرى .. اخفض ذقنك كما لو كنت ستلمس بها صدرك .. استمر .. استمر.(صمت ٥ ثوان). والآن استرخ أكثر .. أكثر .. وأكثر.(صمت ١٠ ثوان).	

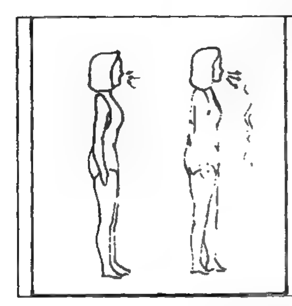
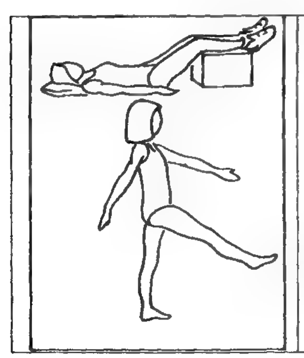
ونأتى الآن لمنطقة الظهر .. أريدك أن تقوّس ظهرك بشدة كما لو كان صدرك سيلمس بطنك، لاحظ التوتر فى منطقة الظهر خاصة فى المنطقة العلوية، والآن استرخ وعد بجسمك لوضعه الطبيعى، فرد ظهرك فى وضع مريح على الأريكة، لاحظ الفرق بين التوتر السابق والاسترخاء الحالى .(صمت ١٠ ثوانٍ). نكرر مرة أخرى .. قوس الظهر بشدة .. لاحظ التوتر والشد .. استمر قليلاً .(صمت ٥ ثوانٍ). عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخى .. اترك جسمك على طبيعته .(صمت ١٠ ثوانٍ).

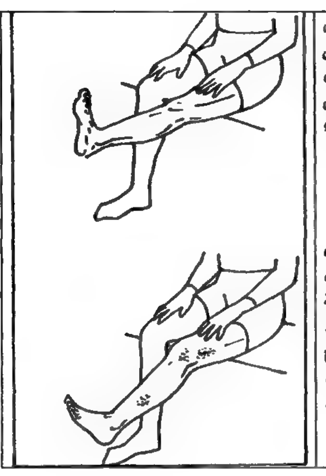




والآن أريد منك أن تأخذ نفسًا عميقًا بدون أن تخرجه .. استمر .. لاحظ أن التوتر قد بدأ ينتشر فى منطقة الصدر وأسفل البطن .. ثم استرخ واترك نفسك على طبيعتها .. تنفس الهواء .. تنفس بشكل عادى على طبيعتك .. لاحظ الفرق بين حالة الاسترخاء فى بطنك وصدرك وما كنت عليه من شد وتوتر .(صمت ١٠ ثوانٍ). كرر ما سبق مرة أخرى .. خذ نفسًا عميقًا واكتمه .. لاحظ التوتر والشد فى عضلات البطن والصدر .. والآن أخرج النفس .. وتنفس بطريقة عادية ومريحة .. استرخ أكثر كلما تتنفس .. استرخ أكثر .. وأكثر.(صمت ١٠ ثوانٍ).

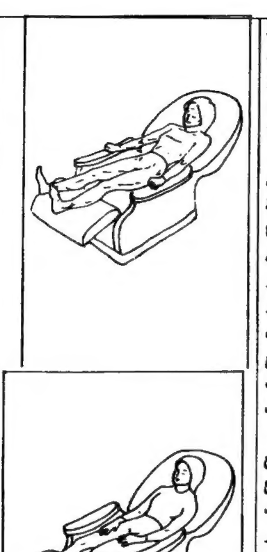


	والآن اضغط بطنك للداخل .. حاول أن تحافظ على هذا الوضع فترة .. والآن استرخ واترك عضلات بطنك تسترخى .. اترك نفسك على طبيعتها.(صمت ١٠ ثوان). كرر هذا التمرين مرة أخرى .. شد عضلات بطنك للداخل بشدة حتى تشعر بالتوتر .. لاحظ هذا التوتر واحفظه فى ذاكرتك .(صمت ٥ ثوان). استرخ واجعل كل شيء مسترخ أكثر .. أكثر .. تخلص من أى توتر أو شد فى أى عضلة .. ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.
	والآن مد قدميك وأبعدهما عن بعضهما قدر المستطاع .. مدهما حتى تشعر بالتوتر فى منطقة الفخذين . (صمت ٥ ثوان). استرخ واترك رجلك على طبيعتها .. لاحظ الفرق بين التوتر الذى كان فى منطقة الفخذين والوضع الآن فى حالة الاسترخاء .. استرخاء تام. (صمت ١٠ ثوان). كرر ذلك .. ابعد رجليك عن بعضهما قدر المستطاع حتى تشعر بالتوتر فى منطقة الفخذين .(صمت ٥ ثوان). استرخ واترك عضلات جسمك كلها على طبيعتها بعد كل الشد الذى كان فى منطقة الفخذين .(صمت ١٠ ثوان).



والآن أريدك أن تثنى بطن الساق ثم اثن قدمك للأمام تجاه الوجه، لاحظ الشد فـــي منطقة بطن القدم وقــصبة القــدم، والآن استرخ وعد بالقدمين لوضعهما الطبيعــي .. ولاحظ الفرق بين الشد والاســترخاء (صمت ١٠ ثوانٍ).

الآن أريدك أن تثنى قدميك للخلف تجـاه الركبة .. حاول أن تجعل أصـــابع قــدمك مستقيمة .. لاحظ الشد فى منطقة قصبة القدم وبطن القدم .. استمر فترة .. عـد بالقدمين لوضعهما الطبيعــي .. اســترخ بكل عضلاتك فى وضــعها الطبيعــي .. حاول أن تــسترخي أكثــر .. وأكثــر .. أعمق .. وأعمق. (صمت ١٠ ثوانٍ).



والآن جميع عضلات جسمك مسترخية .. لاحظ الفرق بين الاسترخاء والتوتر .. انتبه إلى أنك من الممكن أن تشد عضلات جسمك .. ومن الممكن أيضًا أن تسترخي بجسمك كله .. أنت تسترخي الآن .. وتسترخي .. وتسترخي .. إذا وجدت أى عضلة فى جسمك غير مسترخية .. حاول أن ترخيها .. راجع معى عضلات جسمك من أسفل إلى أعلى لتتأكد من أنها مسترخية بالكامل، عضلات القدم وبطن القدم جميعها مسترخية. (صمت ٥ ثوانٍ). أرخ عضلات الفخذين والركبة وقصبة القدم .(صمت ٥ ثوانٍ). أرخ عضلات البطن والوسط .(صمت ٥ ثوانٍ). أرخى عضلات الظهر والصدر والكتفين. (صمت ٥ ثوانٍ). الآن أرخ عضلات كف اليد والأصابع والذراعين .(صمت ٥ ثوانٍ). أرخ عضلات الرقبة والعنق .(صمت ٥ ثوانٍ). أرخ عضلات العين والجبهة والوجه كله .(صمت ٥ ثوانٍ). .. والآن كل عضلات جسمك مسترخية وفى وضع مريح .. حاول أن تستمر فى هذا الوضع المريح، وأنا سوف أعد من واحد إلى عشرة، وفى كل مرة تحاول أن تسترخي أكثر .. وأكثر .. أعمق .. وأعمق .. ١ . . . ٢ . . . ٣ . . . ٤ . . . ٥ . . . ٦ . . . ٧ . . . ٨ . . . ٩ . . . ١٠، جميل جدًا .. أنت أخذت قدرًا كبيرًا من الاسترخاء .. الآن سوف أعد تنازليًا من خمسة إلى واحد .. وأول ما أصل إلى الواحد تفتح عينيك وتقوم فى نشاط هادئ .. ٥ . . . ٤ . . . ٣ . . . ٢ . . . ١، عيناك مفتوحتان وأنت الآن بكامل نشاطك .

مطابع الدار الهندسية

موبايل: ٠١٢٢٣٤٩٠١١ فاكس: ٢٧٥٤٤٥٥٦



صدر أيضًا للناشر

في مجال علم النفس

◉ سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر

١ . أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن أورام المثانة السرطانية — د . هناء شويح

٢ . الأسس النفسية العصبية للوظائف التنفيذية — د . نشوى عبد التواب

٣ . اضطراب القراءة الارتقائي — د . غادة عبد الغفار

٤ . الاختلالات الزوجية — د . صفا...

٥ . العلاج المعرفي السلوكي المختصر — ت:د . م...

٦ . العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب (برنامج علاجي تفصيلي) — د . مح...

٧ . الصحة النفسية — د. حسام أحمد محمد أبو سيف د. أح...

٨ . القلق والاسترخاء العضلي (المفاهيم والنظريات والعلاج) — د. أمثال ه...

٩ . سيكولوجية الذاكرة الدلالية والأحداث الشخصية — د. أمثال ه...

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
١٢ شارع حسين كامل سليم ـ ألماظة ـ مصر الجديدة ـ القاهرة
ت : ٢٤١٧٢٧٤٩ ـ فاكس : ٢٤١٧٢٧٤٩ ـ ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب ـ رمز بريدى ١١٧٧١
E-mail: etraccom@gmail.com